Rok I Seria II Kraków Nr 8 (15 października 1945)

PRZEGLĄD LEKARSKI

DWUTYGODNIK

Organ Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, Izby Lekarskiej w Krakowie, Związku Zawodowego Lekarzy R. P. i Wojew. Urzędu Zdrowia w Krakowie

Redakcja i Administracja:
Kraków, Krupnicza 11a m. 11
Tel. 543-16
Konto P. K. O. Nr IV-310

Wydawca: Krakowskie Towarzystwo Lekarskie Redaktor odpowiedzialny: dr J. Hozer

Rok I Seria II Kraków Nr 8 (15 października 1945)

PRZEGLĄD LEKARSKI

DWUTYGODNIK

Organ Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, Izby Lekarskiej w Krakowie, Związku Zawodowego Lekarzy R. P. i Wojew. Urzędu Zdrowia w Krakowie

Redakcja i Administracja:
Kraków, Krupnicza 11a m. 11
Tel. 543-16
Konto P. K. O. Nr IV-310

Wydawca: Krakowskie Towarzystwo Lekarskie Redaktor odpowiedzialny: Dr J. Hozer

ODON BUJWID

Prof. Odon Bujwid był jedną z najbardziej charakterystycznych, najbardziej ciekawych osobistości nie tylko na Uniwersytecie Jagiellońskim, ale i w Krakowie.

Był pionierem w najszerszym tego słowa znaczeniu. Torował nowe drogi w Polsce na polu bakteriologii, higieny i innych odcinkach życia społecznego. Nie łatwo opisać bojową działalność tego fascynującego człowieka.

W 1893 roku został Prof. Bujwid powołany na katedrę bakteriologii i higieny Un. Jag., Młody, bo zaledwie 36-letni profesor miał już za sobą bogatą i trudną przeszłość. Studia odbywał w bardzo ciężkich warunkach. Utracił rodziców w 15 roku życia i musiał zarabiać na utrzymanie swoje i dwóch młodszych sióstr. Dzięki wyjątkowej dzielności udało mu się mimo to doprowadzić swoje studia do końca. Już podczas studiów uniwersyteckich pracował nad działaniem zaczynów śliny w pracowni prof. Lambla, a po ukazaniu się pierwszych prac Kocha, nad gruźlicą. Po przesłaniu Kochowi wyników swoich doświadczeń został zaproszony przez Kocha jeszcze jako słuchacz medycyny na kurs wraz z 18 wybrańcami z całej Europy. Był to okres największego przewrotu w medycynie, okres w którym medycyna weszła na zupełnie nowe tory.

Po ukończeniu studiów u Kocha oraz studiów uniwersyteckich założył Prof. Bujwid pierwszą w Polsce doświadczalną pracownię bakteriologiczną w Warszawie.

Gdy wieść o rewelacyjnych doświadczeniach Pasteura dotarła do Warszawy, udał się młody uczony do Paryża. Po kilku miesiącach wrócił do do kraju przywożąc zarażonego wścieklizną królika i założył w roku 1897 w Warszawie — dzięki poparciu Dr Chałubińskiego — pierwszą w Polsce stację szczepień przeciw wodowstrętowi. W roku 1891 uruchomił pierwszy w Polsce Zakład badania środków spożywczych i był jednym z głównych inicjatorów założenia racjonalnych filtrów i wodociągów miasta Warszawy.

W latach 1890—1893 jeździł stale między Petersburgiem, gdzie pracował nad gruźlicą, Odessą w której prowadził tymczasowo pracownię bakteriologiczną i Warszawą. Nie dał się skłonić mimo nadzwyczaj korzystnych warunków ofiarowanych mu przez rząd carski, do objęcia stałego stanowiska w Odessie. Jako dobry Polak i gorący patriota pragnął pracować w kraju, wśród swoich.

Po objęciu katedry higieny i bakteriologii na Uniwersytecie Jagiellońskim rozpoczął na terenie Krakowa uporczywą i żmudną walkę o nieznane wówczas i nieuznawane pojęcia, walkę o higienę społeczną.

Homeryckie boje musiał staczać z zacofanym i zaśniedziałym społeczeństwem krakowskim o wodociągi. Pomimo zjadliwych artykułów w prasie, pomimo piętnowania go jako płatnego agenta firmy Waldeck-Rousseau, zdołał przez szeroką propagandę nowych haseł higieny przekonać ówczesny zarząd miejski. Kraków otrzymał wodociągi.

W uniwersyteckiej pracowni bakteriologicznej prowadził prace naukowe w kierunku higieny wody, higieny powietrza i higieny środków spożywczych, a przede wszystkim mleka. Swoiste naświetlenie wielu zagadnień i gruntowne opracowania ze stanowiska bakteriologii było podówczas rewelacją w świecie lekarskim. Z pracowni Profesora wyszło wielu dzielnych bakteriologów i znakomitych uczonych — jak Dr Filip Eisenberg, Prof. Nitsch, Prof. Schultz, Prof. Sierakowski, Dr Gertler i inni.

W zakładach Profesora podczas wojny światowej znalazło schronienie wielu sławnych uczonych jak Prof. Weigl, Prof. Szafer, Prof. Parnas, Prof. Grochmalicki, Prof. Gieszczykiewicz i inni.

Wraz z objęciem katedry w Krakowie wprowadził szczepienie przeciw wodowstrętowi. Założył zakład badania środków spożywczych. Pierwszy w Polsce, a trzeci w Europie, produkuje surowicę przeciw błonicy.

Tak jak rewolucyjną była działalność Profesora na polu medycyny i higieny społecznej tak też

i rewolucyjną była jego działalność na polu pracy społecznej i narodowej. Przede wszystkim chodziło mu o uświadomienie polskości i budzenie ducha oporu wśród ospałego i wygodnie pod jarzmem austriackim wegetującego mieszczaństwa krakowskiego. Dom jego był przez długie lata ośrodkiem, w którym koncentrowała się niepodległościowa, postępowa i niezależna myśl polska. Szerzenie oświaty i kultury wśród najszerszych mas, miast i wsi była stale jego najserdeczniejszą troską.

Współdziałał przy tworzeniu i stale wydatnie finansował Towarzystwo Szkoły Ludowej T. S. L., Uniwersytet Ludowy, Polski Dom w Morawskiej Ostrawie, Towarzystwo im. Kraszewskiego.

Wraz z żoną swoją, zasłużoną i niezapomnianą pionierką w walce o równouprawnienie kobiet, walczył i wydatnie się przyczynił do dopuszczenia kobiet do wyższych studiów i założył pierwsze żeńskie gimnazjum w Krakowie.

Profesor i jego żona byli w pełnym tego słowa znaczeniu światłymi Europejczykami i wyprzedzali conajmniej o pół wieku swoich współczesnych. Z podziwu godną uwagą wygłaszali publicznie swoje poglądy, istotnie rewolucyjne tak pod względem politycznym jak społecznym i obyczajowym. Walczyli o sprawiedliwość społeczną, walczyli o nowe metody wychowawcze, walczyli z zakłamaniem, militaryzmem, antysemityzmem i wszelkim wstecznictwem. Wielu nie chciało go zrozumieć i nie mogło mu wybaczyć, że był niezależny, odważny, a przede wszystkim inny. Nie mogli mu też wybaczyć tego, że mimo napaści i oszczerstw był wręcz uwielbiany przez postępową młodzież krakowską.

Profesor Bujwid przyczynil się też nie mało do uświadomienia wsi. Przez pokazowe nauczanie najprostszych zasad higieny, bezpłatne leczenie, wprowadzenie reform w gospodarstwie rolnym, rozdawanie szczepków szlachetnych drzewek owocowych i czystych nasion, traw itp. dbał o podniesienie poziomu życiowego mieszkańców wsi.

Jedną z ostatnich umiłowanych idei Profesora było Esperanto, które uważał za międzynarodowy język przyszłości. wspólny język zbratanych i zjednoczonych wolnych narodów. Człowiek, który nade wszystko umiłował wolność, zmarł 26 grudnia 1942 roku nie doczekawszy się wyzwolenia. Człowiekowi, który całe swoje życie głosił zasadę *homo res sacra* i zwalczał maksymę *homo homini lupus* nie zostały niestety zaoszczędzone w ostatnich chwilach jego życia najstraszliwsze „czasy pogardy“ jakie kiedykolwiek przeżywała ludzkość.

Najważniejszymi pracami Profesora są: Hodowla Promienicy 1889 r. — Tuberkulina i jej stosowanie (nazwa nadana przez Prof. Bujwida) 1891 r. — O zarazku cholery (próba indolowa) 1893 r. — Uwagi nad działaniem filtrów 1893 r. — Roznoszenie gruźlicy u bydła 1899 r. — Surowice różycowe (nazwa nadana przez Prof. Bujwida) 1906 r. — Modyfikacja metody Pasteura 1912 r.

Bolesława Gołąbowa.

Prof. dr Fr. K. WALTER Kraków

Kryteria wyleczenia kiły

Przed wojną miałem sposobność zająć się tym tematem na łamach Medycyny i Przyrody. W obecnej chwili, w obliczu tak znacznego szerzenia się kiły i konieczności walki z nią, sądzę, że pożytecznym będzie powtórnie poruszyć zagadnienie wyleczenia kiły. Zagadnienie to bowiem nie jest tylko wyłączną sprawą odzyskania zdrowia leczonego chorego — ale sięga głęboko w problemy społeczne, ze względu na niebezpieczeństwa i następstwa, jakie pociąga za sobą niewyleczone zakażenie kiłowe. Z tą wielką klęską o charakterze społecznym jaką jest kiła wiąże się wiele doniosłych dla ogółu ludności i państwa problemów, jak np. zagadnienie liczby urodzin, sprawa wychowywania zdrowego potomstwa, sprawa zapobieżenia ciężarowi spływającemu na państwa w postaci utrzymywania i wyposażania szpitali i zakładów dla nieuleczalnie chorych i kalek. Sprawą tą musi więc zająć się oprócz lekarza także ekonomista i ustawodawca.

Jednym z niezwykle odpowiedzialnych zadań lekarza jest stwierdzenie wyleczenia kiły. Jednakże z góry zaznaczyć należy, że zagadnienie to, chwila uznania chorego za wyleczonego, nie jest łatwe i wymaga namysłu i dokładnej znajomości wartości sposobów badania.

Lekarze hołdujący zapatrywaniu, że kiła jest nieuleczalna lub tylko w bardzo wyjątkowych przypadkach, znajdą odpowiedź bardzo łatwo. Ze stanowiska zarówno nauki i praktycznego naszego doświadczenia — pogląd ten jednak nie da się utrzymać, kiła jest bowiem uleczalna.

Sama skuteczność chemicznych leków przeciwkiłowych i sposób ich zastosowania, nie jest jedynym czynnikiem leczniczym; niezwykle ważnym czynnikiem jest zdolność współdziałania w tej akcji samego ustroju leczonego chorego. W przypadkach, w których sprawność ustroju zawodzi — a objawy kliniczne, a jeszcze w większej mierze dodatnie serologiczne odczyny utrzymują się mimo leczenia, stosować musimy prócz środków przeciwkiłowych także inne metody leczenia, przede wszystkim nieswoistego leczenia (leczenie bodźcowe, szczepienie sztuczne zimnicy).

W związku z zagadnieniem wyleczenia kiły powstaje pytanie, czy my dziś umiemy lepiej leczyć kiłę niż nasi poprzednicy. Dziś przyznać musimy, że stanowisko nasze w tym względzie jest o wiele pewniejsze — zwłaszcza, że posiadamy nowe sposoby i nowe środki leczenia, a także nowe i pewniejsze metody rozpoznawania zwłaszcza w przypadkach bezobjawowej kiły i kiły narządów wewnętrznych. Przyznać jednak należy, że nie są one tak doskonałe i pewne jakie byśmy pragnęli posiadać.

Nasze wiadomości z zakresu patogenezy kiły — jej rozpoznawania i leczenia — są cennymi zdobyczami lat ostatnich i bez nich nie moglibyśmy sobie wyobrazić nowoczesnego leczenia kiły, ani też momentu określenia wyleczenia. Ale czy metody stosowanego przez nas leczenia są wystarczające do zupełnego wyleczenia? Czy są one skuteczne, zapytuje

prof. Lenartowicz w jednym ze swych rozważań nad kiłą i co ważniejsze „czy umiemy wyleczyć i czy mamy pewność wyleczenia“[1]. Również określenia dostatecznego lub niedostatecznego leczenia są niewystarczające według tegoż autora, — bowiem nie wiemy jakie leczenie jest właściwe. R. Bernhard w r. 1935[2] zwracał uwagę, że „pojęcie dostateczności leczenia jest bardzo rozciągliwe i czysto osobnicze. Co mogłoby być niedostateczne, nazbyt małe dla jednego ustroju, będzie dla drugiego nadmierne a nawet szkodliwe. Czy postępowanie lecznicze jest dostateczne czy też jeszcze niewystarczające, można byłoby ocenić i ustalić jedynie na zasadzie stwierdzenia stanu wyleczenia lub niewyleczenia. Wiadomo jednak, że obecnie nie rozporządzamy takimi sposobami badania“.

Jest to prawda — jednakże nie wolno nam zapominać, że wiadomości nasze i możliwości na tym polu są o wiele większe, niż były dawniej. Umiemy leczyć lepiej, choćby dlatego, że możemy wcześniej rozpoznawać zakażenie kiłowe, a w odpowiedniej wkraczając chwili, nawet powstrzymać uogólnianie się swoistego jadu w ustroju. Dziś nie tracimy czasu, oczekując czy zakażenie jest jawne — badaniem bowiem mikroskopowym podejrzanego wczesnego objawu chorobowego możemy sprawę niemal w minutach rozstrzygnąć. Badanie serologiczne pozwala nam wejrzeć niejako do wnętrza badanego ustroju — stwierdzić kiłę, o istnieniu której chory zupełnie nie wiedział. Także nie ujdą naszej uwagi te przypadki zakażeń, w których nie przyszło do wystąpienia osutki, mimo istnienia zmiany pierwotnej, czego, stosując się do dawniejszych zasad rozpoznawania nie moglibyśmy stwierdzić a tymbardziej przystąpić do leczenia.

Jednak musimy przyznać, że nasze zdobycze w zakresie syfilidologii z ostatnich 40 lat — nie zaspakajają naszych żądań. Rozprzestrzenianie jadu kiłowego, o czym pouczają nas doświadczenia na zwierzętach, może odbywać się i odbywa się w zakażonym ustroju bardzo szybko, wskutek czego i leczenie nasze napotkać może na liczne przeszkody i rozwiać sen o leczeniu poronnym. Dziś już nikt nie łudzi się tą możliwością i leczenie prowadzi się jako leczenie przerywane.

Także badania serologiczne — zawodzące nas w wielu przypadkach i to właśnie w takich, w których oczekujemy z ich strony decydującego rozstrzygnięcia — nie mogą zaspokoić naszych żądań. W okresie kiły utajonej a nawet w pewnych przypadkach także jawnej — są ujemne. Roztrząsając zagadnienie znaczenia odczynów serologicznych ze stanowiska lekarza praktyka napotykamy na długi szereg wątpliwości. Jednakże przyznać należy, że bez odczynu serologicznego nie możemy wyobrazić sobie diagnostyki kiły, a przede wszystkim diagnostyki kiły narządów czy układów narządów.

Dalsza zdobycz diagnostyczna, badanie płynu mózgowo-rdzeniowego, bez którego dziś nie wypuszczamy z naszej opieki leczonego chorego, wyjaśniło nam wiele zagadnień z zakresu kiły nerwowej i przyczyniło się do poznania wcześnie występujących zmian w ośrodkowym układzie nerwowym, o których dawniej nie wiedzieliśmy. Badanie to pozwala nam na sformułowanie przypuszczenia, że badany chory może być kandydatem na przyszłego porażeńca. Stwierdzenie tego stanu i przeprowadzenie odpowiedniego leczenia, mogą zapobiec późniejszemu wystąpieniu tych groźnych zmian chorobowych.

Znaczenie naskórnych i śródskórnych prób różnorodnymi wywoływaczami zawierającymi materiał kiłowy — praktycznie w dobie obecnej nie posiada większego zastosowania.

A gdybym chciał omawiać korzyści z naszych nowoczesnych metod leczenia sprzężonego arsenobenzolowo-rtęciowo-bismutowego i leczenia nieswoistego, bodźcowego — to należało by poświęcić tym zdobyczom wiele miejsca, jak również korzyściom z nich płynącym. Ostatnie dziesiątki lat uczyniły nas lepiej przygotowanymi do walki z zakażeniem kiłowym i lepsze też dziś otrzymujemy wyniki.

Dawniejsi lekarze również leczyli dobrze — jednak dziś leczymy lepiej — bo wcześniej i dłużej możemy atakować krętki blade — kierując się chociażby odczynami serologicznymi. Dawniej zbyt wcześnie przerywano leczenie — nie znano bowiem odczynów serologicznych, ani wartości badań nad zachowaniem się płynu mózgowo-rdzeniowego wśród leczenia i po leczeniu, kiedy odczyny serologiczne stają się już ujemnymi. A badaniem tym możemy zapobiec wcześnie groźbie wystąpienia zmian kiłowych późnych w ośrodkowym układzie nerwowym[1].

Niestety — ciemną stroną naszego leczenia jest brak jednolitej metody leczenia, nie wiemy również co jest leczeniem dostatecznym. Zgadzamy się jednak, że leczenie rozpocząć należy jak najwcześniej, skoro tylko metodami mikroskopowymi i serologicznymi stwierdzimy pewność istnienia zakażenia, rezygnując nawet z korzyści wytwarzania się w ustroju sił obronnych — na co dawniejsi lekarze tak baczną zwracali uwagę — uważając czynniki te za fakt sprzyjający wyleczeniu kiły.

W okresie dziesięciu lat przed rokiem 1939 sprawą leczenia kiły, a zwłaszcza wartości różnych sposobów jej leczenia zajęła się komisja ekspertów z ramienia organizacji higienicznej Ligi Narodów. Opracowana ankieta przez Martensteina obejmowała 25623 odpowiedzi na postawione przez Komisję pytania. W ankiecie brały udział oddziały kliniczne i szpitalne z Niemiec, Danii, Francji, Stanów Zjednoczonych A. P., Wielkiej Brytanii i dotyczyły chorych z różnych okresów kiły i leczonych różnymi metodami. W wynikach ankiety uwzględniono dwie metody leczenia: leczenie przerywane i leczenie ciągłe. Pierwszy sposób leczenia opiera się na seriowych leczeniach, których liczba zależy od okresu i czasu trwania choroby, oddzielonych od siebie przerwami. Drugi sposób leczenia ciągłego polega na stałym stosowaniu różnych leków przeciwkiłowych, przez czas mniej więcej 65 tygodni. Przerwy pomiędzy pojedynczymi leczeniami nie mogły być dłuższe niż 4 tygodnie. Stosowano naprzemian wyłączne leczenie przetworami arsenobenzolowymi lub bismutem, rtęcią (olej szary lub salicylan rtęci) i jodem. Eksperci

[1] Praktyka lekarska R. 1936, Nr 11.
[2] Wskazania i przeciwwskazania do leczenia przymiotu arsenobenzolem. Medycyna 1935, Nr 1.

[1] Fr. Walter: Serodiagnostyka na usługach lekarza praktyka. Kronika Weneryczna R. 1939, Nr 4.

przyszli do przekonania, że żadnej z tych dwóch metod nie można przyznać pierwszeństwa, gdyż w różnych krajach otrzymywano bardzo korzystne wyniki lecznicze, mimo, że stosowano odmienne metody lecznicze. Leczenie ciągłe w Stanach Zjednoczonych okazało się nadzwyczaj korzystne, kliniczne bowiem nawroty występowały zaledwie w 0,77%, natomiast po leczeniu przerywanym w 9,75%, a nawet po leczeniu częściowo stałym a częściowo przerywanym w 11,5%. Leczenie przerywane oddawało znowu doskonałe usługi w Danii i Wielkiej Brytanii. Bernhardt zaznacza, że ankieta Ligi Narodów dała mało nowego, odświeżyła natomiast niektóre prawdy stare, znane i uświęcone — pozostawiła nas jednak w dalszej niepewności trwożliwej, czy kiła jest uleczalną doszczętnie i jakie metody prowadzą do tego celu najprędzej, a przynajmniej najpewniej. Na wielkie dobro ankiety zapisać należy zalecenie, aby leczyć chorych na kiłę jednakowo wydajnie, bez względu na okres schorzenia tj. kiłę pierwszorzędną i drugorzędną. W ten sposób wypowiedziano się przeciw leczeniu poronnemu.

Ankieta zwraca uwagę również na dawki arsenobenzolowe, przy czym do lat 50 u dorosłych, pozwala na stosowanie jednorazowych tygodniowych dawek po 0,6, 0,75 a nawet 0,9 arsenobenzolu nowego. Zgadzam się z Bernhardtem, że są to dawki zbyt wysokie u 50-letniego mężczyzny, narządy jego są zazwyczaj już zużyte i mogą nie wykazywać należytej odporności. Duże dawki należy najwyżej stosować do lat 35 lub 40. Leczenie trwać powinno około lat 2 (jeżeli przebieg odczynów serologicznych zachowuje się pomyślnie) a po całkowitym leczeniu osobnik powinien pozostawać w obserwacji nie mniej niż 3 lata. Bernhardt rozciąga je na czas dłuższy 5—8 lat.

Wnioski sformułowane przez komisję ekspertów w najważniejszych swych tezach brzmiały następująco:

Leczenie musi być rozpoczęte możliwie jak najwcześniej w okresie zmiany surowiczo-ujemnej, przy czym należy bezwzględnie zastosować wszystkie możliwości rozpoznawcze.

Przed rozpoczęciem leczenia należy dokładnie zbadać ogólny stan zdrowia chorego, a w czasie leczenia poddawać go dokładnej kontroli.

Po skończonym leczeniu musi pozostać leczony najmniej w trzechletniej obserwacji klinicznej i serologicznej.

Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego przed skończonym okresem obserwacji jest niezbędne.

Wskazania te są nam od dawna znane i według nich postępujemy lecząc chorego. Najważniejszej jednak odpowiedzi, która metoda jest lepsza niestety nie otrzymaliśmy — komisja bowiem przyszła do przekonania, że obie dają dobre wyniki. Nawet dawkowanie mniejsze od przyjętego u nas może doprowadzić do wyleczenia. Niekorzystną stroną są w tych zaleceniach układy leczenia o czasach i dawkach sztywnych, po amerykańsku standaryzowanych. „Gdy patrzę na te układy“ — pisze Bernhardt — „doznaję wrażenia, że znajduję się w składzie gotowej odzieży, skrojonej i uszytej na dwie miary“[1].

[1] R. Bernhardt: Od rtęci, poprzez arsen do bismutu. Medycyna R. 1939, Nr 6.

Podobnego zdania są też inni autorzy. Jedynie pewne wnioski, dające się wysnuć z tych tez, to te, że leczyć należy jak najwcześniej, długo i energicznie, i długo po skończonym leczeniu obserwować chorego.

Leczenie u nas jest właściwie leczeniem przerywanym i gdybyśmy rozporządzali podobnymi dokładnymi danymi, odnoszącymi się do wyników leczenia, to z pewnością nie byłyby one gorsze od wyników uzyskanych po leczeniu ciągłym, jeżeli tylko chorzy stosowali się do wskazówek lekarza. Osobiście jestem zwolennikiem leczenia przerywanego, które również uwzględniać powinno miejscowe warunki chorego (leczenie prywatne, zakładowe). Stwierdzenie, może nazbyt częstego występowania nowych zmian pierwotnych *(reinfectio)* — po leczeniu ciągłym, nie musi być uważane za skutek nowego zakażenia, mogą to być bowiem odosobnione nawroty drugorzędne, monorecydywy. Zgadzamy się prawie wszyscy, że nie możemy liczyć na skuteczność leczenia poronnego, — ale że w każdym przypadku zmiany pierwotnej stale surowiczo-ujemnej — należy stosować leczenie sprzężone, seryjne. Leczenie należy bezzwłocznie rozpocząć, po bezwzględnie pewnym ustaleniu rozpoznania, przede wszystkim w okresie zmiany pierwotnej z ujemnymi odczynami serologicznymi „bez straty jednego dnia ani nawet godziny“ (Grzybowski).

Leczenie kiły musi być długotrwałe i długą powinna być obserwacja po skończonym leczeniu. T. Pawlas w swoim bardzo dokładnym i szczegółowym, opartym na długoletnim doświadczeniu „projekcie organizacji lecznictwa i walki z chorobami wenerycznymi w Ubezpieczalniach Społecznych w Polsce“.(Część I Walka z kiłą, Warszawa 1938), podaje dokładne i wyczerpujące wskazówki do leczenia kiły w różnych okresach i w różnym czasie. Dokładne dane lecznicze zawarte są również w obszernym dziele M. Grzybowskiego „Leczenie kiły“. Zbyt długie leczenia, trwające szeregi lat, tak jak je podaje Milian, uważam za bezcelowe, nie mają one bowiem większej wartości zapobiegawczej dla uchronienia leczonego od występowania późnych zmian. Statystyka Moore'a — przytoczona przez Grzybowskiego, stwierdza, że w większości badanych przypadków bezobjawowy stan chorych osiągnięty zwykłym leczeniem, jest taki sam po upływie 2 do 5 lat jak np. po latach 15-tu, mimo że w międzyczasie badany nie był leczony. I tak po 2—5 latach po skończonym leczeniu w 52,7% stwierdził Moore brak jakichkolwiek objawów chorobowych, po 5—10 latach w 53,6% a po 10—15 latach w 50%.

Różne są wyniki statystyk — co do braków nawrotów po leczeniu jednak nie ma wątpliwości, że wyniki leczenia są tym lepsze im wcześniej rozpocznie się leczenie. Trudno jeszcze dziś ocenić należycie wartość różnych metod leczenia a to ze względu na trudności techniczne w zestawieniu wyników, a także ze względu na osobiste zachowanie się leczonego, który przecież nie zawsze stosuje się do wskazówek lekarza. Niezwykle wartościową pracę o wynikach leczenia kiły kończy R. Bernhardt następującym zestawieniem: W świetnej swej rozprawie pt. „Z zagadnień leczenia kiły“ J. Lenartowicz rzuca śmiałe pytanie: „czy kiłę umiemy lepiej leczyć dziś niż

dawniej, czy nam się tylko zdaje, że ją leczymy lepiej, i skuteczniej" Na to Lenartowicz odpowiada: „nie odnoszę wrażenia abyśmy umieli lub leczyli lepiej i skuteczniej dziś niż dawniej". Fr. Walter jest odmiennego zdania: „leczymy dziś lepiej, bo możemy wcześnie atakować krętki blade". Nadmienia on ponadto, że „dowody, na których opieramy nasze przypuszczenia wyleczenia kiły, są wprawdzie dziś dość liczne, jednak nie są takie, ażeby mogły każdego, zwłaszcza pesymistycznie do sprawy wyleczenia kiły nastawionego, o możliwości jej wyleczenia przekonać. Wreszcie Walter przyjmuje z Tommasim za „pewnik, że znaczna liczba kiłowych chorych, leczonych dokładnie, obserwowanych przez długie lata, nie wykazuje żadnych objawów chorobowych, to znaczy, że chorzy ci musieli być wyleczeni". Przypuszczam, że te zapatrywania, tak odmienne można pogodzić do pewnego stopnia. Jeżeli idzie o leczenie objawowe, — o korzyści doraźne, trzeba przyznać rację Walterowi. Gdy rzecz dotyczy wyników późnych (bynajmniej nie mówię o wyleczeniu w ścisłym słowa znaczeniu), należy przyznać słuszność Lenartowiczowi. Mógłbym jeszcze złagodzić twardy zwrot Lenartowicza: czy nam się tylko zdaje, że ją (kiłę) leczymy lepiej i skuteczniej. Powiedziałbym: „pragniemy wierzyć, że dziś leczymy lepiej".

Tyle Bernhardt. A teraz rozważmy od czego zależeć będzie wynik leczenia. kiedy wyleczenie nastąpić może i jakie są kryteria jego wyleczenia?

Nad rozwiązaniem tego zagadnienia stracono już wiele czasu i wiele poświęcono mu badań i rozpraw. Bezwątpienia końcowy wynik leczenia zależy od właściwości konstytucjonalnych chorego, od współdziałania jego ustroju, od wieku, od czasu rozpoznania, od jakości leczenia, od dawek leków, od trybu życia chorego i jego pracy zawodowej. Nieswoisty czynnik, właściwy każdemu ustrojowi ma dla leczenia zasadnicze znaczenie, mimo wybitnego działania środków przeciwkiłowych. Znany on był już dawniejszym lekarzom, którzy uważali, że występuje w pełni, dopiero w okresie kiły drugorzędnej i dlatego stosowano różne pomocnicze zabiegi nieswoiste, jak środki napotne, leczenie głodowe itp. aby wykorzystać możliwie w pełni te swoiste właściwości ustroju. Dawniejsze leczenie doprowadzało do wyleczenia, ale nie można zaprzeczyć, że nieraz również następowało samo wyłeczenie, dzięki właśnie tym siłom obronnym ustroju.

Od każdej metody leczenia żądać należy aby wyleczenie kiły było zupełne i stałe. Chociaż nie zawsze może być wyleczeniem w znaczeniu anatomicznym, prowadzącym do restitutio ad integrum, to jednak powinno być wyleczeniem etiologicznym, chociażby pozostawiało pewne ślady zmian anatomicznych. Mówiąc więc o kryteriach wyleczenia, możemy mówić z naszego punktu widzenia tylko o kryteriach wyleczenia etiologicznego.

Dowody, na których opieramy nasze przypuszczenie wyleczenia kiły są wprawdzie dziś dość liczne, jednak nie są takie, ażeby mogły każdego, zwłaszcza pesymistycznie do sprawy wyleczenia kiły nastawionego, o możliwości jej wyleczenia przekonać.

Że kiła jest wyleczalna a nawet samowyleczalna przekonano się z doświadczeń na zwierzętach i fakt ten potwierdzają kliniczne spostrzeżenia. Do niedawna sądzono, że zjawisko powtórnego zakażenia jest bezwzględnym dowodem wyleczenia pierwszego zakażenia. Współczesne jednak nasze wiadomości o zjawiskach odpornościowych ustroju kiłowego — każą się nam na te sprawy inaczej zapatrywać. Wiele z tych rzekomych nowych powtórnych zakażeń okazało się w świetle badań krytycznych tylko odosobnionymi nawrotami. Co więcej, dziś wiemy zarówno z doświadczeń na zwierzętach, jak też ze spostrzeżeń nad kiłą ludzką, że możliwe jest zjawisko nadkażenia ustroju jeszcze nie wyleczonego z poprzedniego zakażenia. A to nadkażenie możliwe jest w każdym okresie kiły. Jednak należy podnieść, że mimo tych rozlicznych i słusznych wątpliwości, każdemu lekarzowi praktykowi znane są przypadki prawdziwego powtórnego zakażenia, odpowiadają bowiem wszystkim wymaganiom stawianym dla pewnego rozpoznania nowego zakażenia. W piśmiennictwie dotyczącym tego zagadnienia—znajduje się wiele opisów niewątpliwych powtórnych zakażeń — które są sprawdzianami możliwości zupełnego wyleczenia kiły. Znane są nam również także inne dowody wyleczalności kiły, chociaż niekiedy i one budzić mogą pewne zastrzeżenia.

Badanie kliniczne uwzględniające przede wszystkim zachowanie się gruczołów chłonnych w pewnych okresach kiły, nie jest dowodem przekonywującym w razie ujemnego wyniku, krętki blade mogą bowiem żyć w ustroju w bliznach po zmianach pierwotnych lub w narządach niedostępnych naszym metodom badania. Również i kryteria serologiczne, o czym wspominałem, nie są zupełnie pewne — bo tylko w 80% stwierdzamy dodatnie odczyny serologiczne w okresach wczesnej kiły utajonej, a tylko w 40% w późniejszych okresach, nie mówiąc już o tym, że w przypadkach odosobnionych zmian drugorzędnych, a przede wszystkim trzeciorzędnych jawnych, odczyny serologiczne mogą być ujemne.

Reaktywowanie odczynów serologicznych polegające na rozbudzeniu czynności ogniska ukrytego, na razie bezczynnego, nawet przy zastosowaniu nowych metod badania, nie zawsze prowadzi do celów — a może być nawet zjawiskiem dla ustroju chorego niekorzystnym. Pojawiające się bowiem dodatnie odczyny, po zabiegach rozbudzających mogą utrzymywać się mimo leczenia — jako uporczywie dodatnie.

Odczyny naskórne i wśródskórne — wykonywane nawet najczulszymi wywoływaczami (luetynami), pojawiają się tylko w pewnych okresach kiły i to przede wszystkim jawnej, toteż nie cieszą się jeszcze pełnią praw obywatelskich.

Kryterium zakaźności, polegające na przeszczepianiu tkanek a przede wszystkim gruczołów chłonnych chorego ustroju na zwierzęta, oddaje dobre usługi w kile doświadczalnej, jednak zastosowanie tych badań dla stwierdzenia wyleczenia kiły u człowieka nie posiada zbyt wielkiej wartości — nie możemy bowiem przeszczepiać części tych narządów, w których najczęściej ukrywają się krętki blade.

Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego, niezbędne w okresie kończenia leczenia, poucza nas o stosunkach

w jednym tylko narządzie, a nie poucza nas o sprawach rozgrywających się równocześnie w innych narządach wewnętrznych.

Mimo tych licznych metod — nie posiadamy nadal pewności stwierdzenia wyleczenia kiły, ujemne bowiem wyniki bynajmniej nie potwierdzają wygaśnięcia zakażenia. A jednak nie powinny nas nastrajać pesymistycznie, nieudałe bowiem przypadki wyleczenia prędzej czy później nie ujdą uwagi badającego lekarza. Zapewne, te nieudałe wyniki lecznicze mogą pozostawiać pod znakiem zapytania nasze metody wyleczenia, ale przecież tylu innych chorych zostało wyleczonych i za takich uznanych przez nasze sposoby badań. A gdzież są ci inni, liczni wyleczeni chorzy, o których wyleczeniu nie dowiemy się, bo nigdy nie zgłoszą się do nas, czując się i będąc zupełnie zdrowymi, — posiadając również zdrowe rodziny. O tych nie myślimy, wykluczamy ich z naszych rozważań a sądzimy tylko według tych niekorzystnych wyników. Wiemy dobrze, że każde cierpienie zakaźne, a więc także kiła, kształtuje swój przebieg odpowiednio do leczniczych sił ustroju, do jego konstytucjonalnych właściwości, które sprawiają, że w niektórych przypadkach mimo naszych starań nie nastąpi zupełne wyleczenie. Jest to więc wina osobniczych warunków chorego, a nie zależy to od nieudolności naszego leczenia a tymbardziej od naszych metod stwierdzania wyleczenia.

A teraz należało by odpowiedzieć na jedno jeszcze pytanie a raczej zarzut. Czy my dziś nie leczymy przypadkiem gorzej niż dawniej? Nie brak jest bowiem i takich pesymistycznych głosów. Zdaniem niektórych lekarzy — leczenie nasze miałoby porażać w zarodku tworzenie się naturalnych sił obronnych ustroju zwłaszcza w tych przypadkach, w których podejmujemy je w bardzo wczesnych okresach, przy czym niszczyć tę siłę obronne miałby przede wszystkim arsenobenzol. Tak wnioskując należało by się liczyć z możliwością zwiększania się liczby przypadków różnych późnych schorzeń kiłowych np. układu krwionośnego lub zmian przykiłowych jak porażenia postępującego. Dziś możemy pokusić się o rozwiązanie tego zagadnienia, skoro wybitna większość opowiedziała się za jak najwcześniejszym rozpoczęciem leczenia. Poza tym stosujemy nasze sprzężone leczenie już od lat 35, istnieją więc podstawy wysnuwania wniosków o skuteczności lub błędach naszego leczenia. Aby rozprawiać nad tym zagadnieniem należy rozpatrywać ogłaszane statystyki wyników. Rzecz to niezmiernie trudna aby zebrać prawdziwe dane co do ilości schorzeń narządów wewnętrznych w związku z zakażeniem i samym leczeniem kiły, chorzy bowiem niechętnie poddają się długim i szczegółowym badaniom, każdy bowiem chce jak najszybciej zapomnieć o swym schorzeniu. A jednak statystyki przemawiają korzystne za naszymi sposobami leczenia. Statystyki amerykańskie, kliniki Mayo potwierdzają dawniejsze przypuszczenia, że porażeńcy i chorzy na wiąd rdzenia rekrutują się z chorych kiłowych w ogóle nie leczonych lub leczonych zbyt niedokładnie. Statystyki W. Jadassohna, Josa i Vogelsängera, zbierane w 10 lat po zakażeniu, stwierdzają, że w przypadkach kończących się śmiercią, przyczyną zgonu była kiła nieleczona lub bardzo niedostatecznie leczona. Nawroty stwierdzano przede wszystkim u źle leczonych (Tommasi). Cole, Moore, Stokes i współpracownicy podnoszą, że w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej — na zgłaszających się pół miliona chorych w okresie kiły utajonej, w 50.000 a więc w 10% stwierdzono zmiany w narządzie krążenia, przy czym znamiennym był fakt, że w 69% spośród tych chorych z wadami krążenia nie stosowano w ogóle uprzednio leczenia przeciwkiłowego. Wśród chorych dotkniętych tętniakiem tętnicy głównej było nawet 84% zupełnie nie leczonych. W przypadkach tych zastosowane następowe leczenie spowodowało wyraźną poprawę i przedłużyło im życie. T. Parsem oblicza, że 10—12% wszystkich schorzeń serca wśród mieszkańców Stanów Zjednoczonych, spowodowane jest kiłą i że odwrotnie na 100 chorych kiłowych przeciętnie u 10-ciu można stwierdzić zmiany w naczyniach krwionośnych lub w sercu, przy czym każdy z tych chorych traci przeciętnie około 22 lat życia.

Liczne statystyki, zwłaszcza amerykańskie stwierdzają, że u osób chorych na kiłę a nie leczonych stwierdza się w 30% zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym, z czego 10% znajduje się w zakładach dla umysłowo chorych z powodu porażenia postępującego. Moje własne zestawienia wykazują w 34% zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym w późniejszych okresach kiły nie leczonych lub zbyt krótko leczonych w dzisiejszym naszym pojęciu, chorych. Nie leczenie więc bywa przyczyną powstawania tych schorzeń, ale przeciwnie, brak leczenia lub leczenie zaniedbane.

Wprawdzie nie możemy dziś z całą stanowczością orzec, co dla pewnych chorych jest najlepszym leczeniem i wystarczającym, to jednak wiemy, że leczenie prowadzone przez dłuższy okres czasu od 2—4 lat, różnymi środkami — prowadzi jednak do celu tj. do wyleczenia. Nie mamy wprawdzie naukowych i zupełnie pewnych sprawdzianów wyleczenia, jednak życie praktyczne i własne doświadczenie poucza nas, że wyleczenie może następować i następuje. Zgadzamy się wszyscy, że będzie ono tym pewniejsze im wcześniej się je rozpocznie i to jako leczenie sprzężone. Nawet Tommasi — wykazujący daleko idącą ostrożność w ocenianiu kryteriów wyleczenia stwierdza, że możemy przyjąć za pewnik, że znaczna liczba kiłowych chorych leczonych dokładnie, obserwowanych przez długie lata, nie wykazuje żadnych, dających się stwierdzić współczesnymi naukowymi metodami badań objawów chorobowych, tzn., że ci chorzy musieli być wyleczeni. I na to możemy się zgodzić i słusznie przypuszczać, że w bardzo znacznym odsetku możemy wyleczyć kiłę, jeżeli tylko wszystkie stawiane przez nas postulaty, mogą być spełnione.

Doc. dr ZBIGNIEW OSZAST Kraków

Wartość lecznicza sulfonamidów w rzeżączce*)

Jest już najwyższy czas, aby propozycja, którą Grütz postawił 8 lat temu niedowierzającemu, bo zaskoczonemu niespodzianie znakomitymi wynikami światu wenerologów i która w krótkim czasie wywołała taki przewrót pojęć w naszym lecznictwie wenerologicznym, aby ta propozycja stosowania sulfanilamidów w rzeżączce została skonfrontowana ze zdobyczami i z niepowodzeniami na tym polu. Zbliża się, zapowiadają nam w każdym razie bardzo obiecująco, nowa burza, która może wchłonąć cały nasz dotychczasowy dorobek chemoleczniczy. Słyszymy teraz ciągle, jak roztaczają przed mani miraż nieosiągalnych dotychczas żadnym innym sposobem wyników leczniczych nowego środka, jakim jest penicylina (Giza, Oszacki, Walter, Brück). To musi mocno poruszyć wenerologa, który też rozpatrując całokształt zagadnienia leczenia rzeżączki musi uznać za wskazane, aby zastanowić się nad wartością leczniczą sulfanilamidów, aby, zanim zrobimy krok w przyszłość, zanim pójdziemy nową ścieżką terapii zakażeń — podsumować to wszystko, co nam ta dziedzina przyniosła, tym bardziej, że źródła urzędowe obliczają liczbę przypadków rzeżączki w tej chwili na setki tysięcy i zapowiadają wprost epidemię chorób wenerycznych (Borkowski).

Zaraz tutaj na początku należy powiedzieć, że do wielu dziedzin, do których obecna wojna wniosła ciężkie zaburzenia — należy także i dziedzina leczenia rzeżączki związkami sulfanilamidowymi. Leczenie to rozpoczęte na szerszą praktyczną skalę w 1937 r. wyglądałoby zapewne dzisiaj po 8 latach stosowania inaczej, gdyby nie 6 lat wojny z jej różnorodnymi szkodliwościami hamującymi. Oczywiście arsenał związków sulfanilamidowych wzrósł w ciągu tego czasu bardzo pokaźnie, ale rozwój metod badawczych i warunki pracy nie odpowiadały nawet w przybliżeniu swą proporcjonalnością temu olbrzymiemu i różnorodnemu materiałowi ludzkiemu, jaki został poddany leczeniu. Gdyby nie fakt, że wojna swą ciężką rękę położyla na wszelkich odcinkach pracy badawczo-leczniczej — leczenie związkami sulfanilamidowymi znajdowałoby się dzisiaj na pewno na innym poziomie.

Ale mimo tych przeszkód, zdobycze nasze są ciągle jeszcze bardzo duże, jak o tym zresztą świadczy duża ilość prac i zestawień statystycznych z wszelkich dziedzin, nie tylko z dziedziny rzeżączki. Niektórzy nawet uważają, że chemolecznictwo rzeżączki osiągnęło już taki punkt, poza którym praktycznie nie możemy się spodziewać żadnych dalszych postępów (Miescher). Od samego początku w leczeniu tym uderza coś nieoczekiwanego i zastanawiającego (Gottron). Przewrót, jaki sulfanilamidy wniosły do leczenia rzeżączki przyrównać chyba można tylko do przewrotu, jaki salwarsan sprowadził w kile. Analogie te nie są jednak tak powierzchowne, jakby się na pierwszy rzut oka wydawało — sięgają one dużo głębiej, jak się o tym jeszcze poniżej przekonamy.

Wysoki początkowo odsetek wyleczeń i nawet jakby zgodność wyników u poszczególnych autorów całego międzynarodowego świata naukowego były istotnie uderzające. Zmiana drogi, którą kierowano się teraz do zwalczania zakażenia otworzyła nieprzewidziane możliwości dla leczenia swoistego. Leczenie można było rozpocząć każdej chwili niezależnie od czasu zachorowania i niezależnie od leczenia miejscowego. Sulfanilamidy dzięki swej rozpuszczalności i dobremu wchłanianiu z przewodu pokarmowego w krótkim czasie nasycały wystarczająco ustrój, skracały czas leczenia w sposób niespotykany dotychczas i zatarły różnicę między ostrymi a chronicznymi przypadkami, jeśli chodzi o czas leczenia, co pociągnęło za sobą tę ważną okoliczność, że powikłania (brak warunków do ascenzji!) w przebiegu rzeżączki zaczęliśmy spotykać coraz rzadziej (10% Loos). Podczas leczenia sprzed ery sulfanilamidowej było nieraz trudnym do rozstrzygnięcia, czy częste powikłania, jak *epididymitis*, *prostatitis*, czy inne nie pozostają właśnie w przyczynowym związku ze sposobem leczenia wstrzykiwaniami docewkowemi. Tego niebezpieczeństwa rozdmuchiwania, czy też roznoszenia zakażenia leczenie sulfanilamidami — i to jest też jego zaletą — nie posiada.

W tem oświetleniu leczenie sulfanilamidami stanowi niewątpliwą zdobycz i kolosalny postęp. Ale natury nie można tak łatwo ujarzmić. Płonące olbrzymim płomieniem ognisko zachwytu dla sulfanilamidów powoli zaczynało płonąć coraz bardziej umiarkowanie w miarę, jak stosowanie tych nowych środków stawało się coraz wszechstronniejsze i jak zaczęły się pojawiać niepowodzenia. A zwłaszcza, jak te niepowodzenia zaczęły się mnożyć.

Pierwsze doniesienia były entuzjastyczne. Uliron (4-(4' aminobenzolsulfonamido) benzol-sulfon-dimethylamid), na który dzisiaj patrzymy tak krytycznie, który np. jako „historyczny" preparat Gottron wprost zakazuje stosować — ten sam uliron początkowo dawał 70—80% i więcej wyleczeń, a zatem prawie tyle, co i następne, najlepsze połączenia. Pogarszające się wyniki lecznicze i pojawianie się niepożądanych, nieraz wręcz niebezpiecznych objawów ubocznych sprawiły też, że z biegiem czasu przetwory sulfanilamidowe zaczęto niestrudzenie ulepszać, że zaczęto częściowo lub zupełnie podstawiać atomy wodoru w zasadniczo czynnym leczniczo sulfanilamidzie, powiększając niejako jego drobinę najrozmaitszymi grupami, które w końcowym efekcie dały tę rozmaitość dzisiejszych połączeń (pirydyny, tiazole, pyrimidyny) itp. Wszystkie one w swej kolejności jak powstawały, miały rozwijać coraz większe działanie lecznicze.

Spełniły to zadanie na krótką tylko metę. Nawet tiazole, które w wyniku swej lepszej przyswajalności i szybszego nasycania tkanek nie tylko skróciły czas leczenia do dwóch dni, ale skróciły nawet czas kontroli wyleczenia (Schreuss), które nie wprowadzają gonokoków w jakiś podostry stan, maskujący wyleczenie, które początkowo dawały do 95% wyleczeń i które pozwalały ujawnić się nawrotowi już po 3—4 dniach (Schreuss, Lundt, Morschhäuser, Heyn)

* Według wykładu wygłoszonego w Krakowskiem Towarzystwie Lekarskiem dnia 24 października 1945 r.

w związku z szybkim wydalaniem się leku, nawet — powtarzam — te tiazole, mające tyle doniosłych, praktycznych zalet, w miarę gromadzenia się materiału nie zadowalają nas tak, jak to się działo na początku ery sulfanilamidowej. Strzykawki docewkowej nie wolno nam było chować głęboko! Była i nadal od czasu do czasu potrzebna. Cyfry 80—90% wyleczeń po jednej serii nie udaje się przekroczyć; staje się ona też coraz bardziej nie wystarczająca! Seria druga, czy trzecia zaczynają być z biegiem czasu niezbędne — a pewna część chorych rzeżączkowych pozostaje stale niewyleczona. Wszak już rychło Boldt i Zübert, robiąc dokładny i krytyczny przegląd leczonego materiału wprowadzają w tym czasie pojęcie pozornego wyleczenia *(„carrier state")*, będącego wynikiem osłabienia zjadliwości gonokoków pod wpływem sulfanilamidów niedodawkowanych lub niewystarczająco nasycających tkankę („Hohlraumwirkung" Felkego), co zdaje się mieć większe znaczenie, niż charakter poziomu leku we krwi. Od mnożących się przypadków pozornego wyleczenia, rozróżnianego jeszcze jako istotne i nieistotne należy odróżnić a) zwykłe nawroty spontaniczne po jednej serii lub po prowokacji, b) zupełne nawroty po kilku seriach i c) zupełnie zawodzące przypadki tzw. chemooporne, w których gonokoki nie giną zupełnie pod wpływem sulfanilamidów.

Te mnożące się niepowodzenia lecznicze, stale pojawiające się conajmniej 10% chemoopornych przypadków (Borck, Boldt), która to cyfra zaczęła potem niebezpiecznie narastać, a następnie zwykłe nawroty, zaostrzają naszą krytyczną ocenę wyników leczniczych po sulfanilamidach i wysuwają szereg zagadnień, domagających się wyjaśnienia. Ujawniło się paradoksalne, niemniej uderzające zjawisko. Uliron, sądząc po jego pierwszych wynikach — okazuje się być najlepszym sulfonamidem. Wyniki po jego stosowaniu były najlepsze, a wszystkie inne, następne połączenia raczej obniżyły, niż podniosły cyfrę wyleczeń rzeżączki! Wykluczając błędy w dawkowaniu, fałszowanie preparatów, błędy rozpoznawcze i rozciągając czasowo w sposób bardzo rozległy obserwacje, czy gonokoki istotnie zniknęły i czy wyleczenie jest istotne — zaczęliśmy robić ustępstwa. Częściej już — zresztą niektórzy robili to cały czas od samego początku — kombinuje się chemolecznictwo z leczeniem miejscowem, zwłaszcza w przypadkach powikłanych *(ductus paraurethralis, Littreitis* itp.), zmienia się jeden lek na drugi (uliron na albucid = acetylsulfanilamid, cibazol = p-aminobenzolsulfonamidothiazol na albucid — Miescher) łatwo przyswajalny i szybko osiągający poziom we krwi, łącząc go z innym wolniej działającym, modyfikuje się ciągle sposoby podawania leku, z których jedynie zwiększenie dawki w pierwszym dniu ma jeszcze jakieś szanse powodzenia (Vonkennel, Kimming, van Slyke), wzmacnia się działanie leku przez podawanie go per os i dożylnie, czy śródmięśniowo (Vonkennel), stosuje się pomocnicze leczenie przestrajające (Vonkennel, Löhe i Wawersig, Martinez) „postarzające" sztucznie rzeżączkę (Schreuss), wprowadza się do związku wyjściowego nowe kombinacje chemiczne w postaci pierścieni tiazolowych, pyrimidynowych czy innych, które mają wyposażyć te nowe połączenia w nowe zalety, ułatwiające przyswajanie i przyspieszające działanie, wykorzystywano różne stany czynnego przekrwienia np. okres przedmiesiączkowy u kobiet (Vonkennel) itd.

A zatem zaczęto już szukać pomocy. Leczenie pierwotne sulfanilamidami zaczęło już nie wystarczać. Pokazało się, że tak ważna, zdawałoby się, dla efektu końcowego wysokość poziomu leku we krwi (Schreuss, Vonkennel i Korth, Gertler i inni) nie jest taka rozstrzygająca, gdyż niepowodzenia miano przy wysokim poziomie leku we krwi, a wyniki dobre przy bardzo niskim poziomie (Miescher, Bruder, Blaich, Dahlenburg, Dölken, Kühnau, Schreuss i inni). Nawet ujednostajnienie rozpatrywania wyników u poszczególnych autorów, wychodzących z uzgodnionych podstaw odnośnie dawkowania, czasu rozpoczynania leczenia i leczenia pomocniczego, nawet to uzgodnienie po wprowadzeniu nowych połączeń, już nie wystarczało i nie poprawiało wyników. Próby łączenia leczenia rzeżączki według starego sposobu z nowym, istotnie, były owocne, poprawa i wyleczenie występowały szybciej, przypadki oporne na sulfanilamidy leczyły się nieraz gładko i szybko, właśnie pod wpływem następowego leczenia miejscowego wstrzykiwaniami docewkowemi. Ale znowu nie zawsze i nie wszędzie. Odsetkowe wyniki nie były najlepsze. Przy badaniu porównawczym ilości czasu, potrzebnego do wyczerpującego przeprowadzenia leczenia sulfanilamidami — pokazało się, że w istocie nie wiele odbiega on od czasu potrzebnego dawniej do leczenia prostej i niepowikłanej i dobrze się leczącej wstrzykiwaniami docewkowemi *urethritis anterior.* I dlatego też w praktyce musimy się już pogodzić z tymi faktami i stosować nieraz obie metody. jako uzupełniające się i wspierające (Walter).

Oczywiście to nie wyczerpuje zagadnienia, lecz jak wspomniałem powyżej wysuwa szereg problemów, które domagają się wyjaśnienia. Poza trudnościami praktycznemi mamy w tej dziedzinie przecież jeszcze ciągle niewyjaśnione przesłanki teoretyczne. Nawet tak dobry znawca przedmiotu jak Vonkennel przyznaje, że my do dziś dnia nie poznaliśmy dokładnie mechanizmu działania sulfonamidów. Pokazuje się, że owa szeroka, nowa droga nie oszczędziła nam jednak trudności w poznaniu i rozwiązaniu mechanizmu działania tych nowych leków w złożonym stosunku wzajemnym: zarazka, leku i ustroju. Po początkowych pomyślnych wynikach nie tylko *in vitro*, ale przede wszystkim na chorym wyobrażano sobie, że sulfanilamidy działają wielofazowo, że w pierwszej chwili działanie to jest bezpośrednie, ale bakterie rzadko zostają zupełnie zniszczone, a tylko w jakiś sposób zahamowane we wzroście, tak, że stają się podatniejsze na własności żerne leukocytów i histiocytów; czyli sulfanilamidy zwiększają naturalne obronne własności ustroju, ale nie na skutek pobudzenia komórek do wzmożonej obrony, tylko wskutek pierwotnego uszkodzenia gonokoka (jego otoczki — E. Hoffmann) pochłoniętym sulfanilamidem, względnie produktami jego rozkładu w ustroju (Domagk). Różni autorzy (Schlossberger, Schmidt, Hartmann, Heubner, Weizel,

Marshal, Mieschner, Löhe i Brett, Schreuss, E. Hoffamnn, Neufeld i Bär) i różne szkoły (Vonkennel) tłumaczyli to potem rozmaicie, co w sumie stworzyło bardzo złożony i niejasny obraz.

Te zagadnienia możeby były łatwiejsze do rozwiązania, gdybyśmy w rzeżączce nie utykali na każdym kroku z powodu braku bezspornych doświadczeń na zwierzętach, gdybyśmy mogli mieć takie biologiczne testy, jak np. przy zakażeniach streptokokami. Przecież Grütz zdając sobie sprawę, że chemolecznictwo rzeżączki doświadczalnej u zwierząt jest nie we wszystkim do osiągnięcia, zaproponował w 1937 r. Domagkowi wprost podjęcie się doświadczeń klinicznych na materiale ludzkim. Przecie do dziś dnia nie udało nam się na tym polu nic pewnego uzyskać, mimo tylu prób i zachęty wobec postępów immunobiologii. Np. Lentz i Schäfer próbowali kilkadziesiąt szczepów gonokoków przeszczepić na białe myszy i szczury. Bez skutku. Do zakażenia nie przychodziło, a same szczepy nie okazywały żadnych zmian. Tak samo próby obniżenia odporności na gonokoki u tych zwierząt i następowe wprowadzenie dootrzewnowe gonokoków pozostawały również bez echa (Schafer i Walther). Badania rosyjskich lekarzy, którym, opierając się na metodzie Wassermanna i Besredki, miało się udać zakażenie gonokokami śluzówek zwierzęcych, nie zostały potwierdzone przez Schäfera i Walthera, którzy nawet po rozszerzeniu metodyki badania przez dodatkowe uszkadzanie śluzówek gonotoksyną, promieniami Rentgena i nadfioletowymi także mieli wyniki ujemne. Doświadczenia te kontrolował jeszcze Hämel ze swym współpracownikiem Linkiem już w czasie ostatniej wojny i także z wynikiem ujemnym. Autorom tym nie udało się zakazić zwierząt gonokokami ani za pośrednictwem techniki Kuhna i Neufelda, uwzględniającej znaczenie dyspozycji i wpływów świata zewnętrznego (jad błonicy, rycyna), ani techniką Levaditiego i Vaismana (mieszanina mucyny z hodowlą gonokoka), ani nawet sposobem autorów amerykańskich Cohna i Peizera (zawiesina gonokoków w cukrze gronowym i mucynie).

Mimo tych licznych, ciągle szeroko powtarzanych usiłowań zakażenia zwierząt gonokokami — nie udało się tego do dziś dnia bezspornie uskutecznić. Tak samo i doświadczenia Domagka, któremu w pewnym stopniu, po bardzo żmudnych próbach, udały się doświadczenia przez zakażanie dootrzewnowe — nie rozwiązują zagadnienia. Jest ciekawe, że skuteczne leczniczo w tych doświadczeniach sulfonamidowe połączenia akrydynowe — u ludzi zawodziły, a sulfapirydyny i sulfatiasole, w klinice tak przewyższające uliron, tutaj w doświadczeniu na zwierzęciu ustępują ulironowi C = 4- (4' aminobenzolsulfonamido)-benzolsulfonamid. Taka nierównoległość zjawisk, zahamowania wzrostu na pożywkach i brak wyniku leczniczego u zwierząt i ludzi wywołana różnemi innemi jeszcze przyczynami i w związku z tym brak pewnych dowodów biologicznych ogranicza nasze możliwości doświadczalne, co zresztą siłą rzeczy odbija się na naszych praktycznych usiłowaniach leczniczych.

Z tego też powodu, szukając przyczyn wahań leczniczych musimy pamiętać o 2 zasadach chemoleczniczych: 1) sulfanilamidy muszą się w odpowiedniej ilości znaleźć w ognisku, w którym mają zadziałać na bakterie, i 2) normalne czynności odpornościowe muszą być odpowiednio czynne i nie za silnie upośledzone np. wskutek działania jadów bakteryjnych. Mając to na uwadze dochodzimy do wniosku, że niepowodzenia mogą mieć także swoją przyczynę w szczególnych warunkach anatomicznych, otorbionych ogniskach zapalnych gruczołów dodatkowych cewki moczowej, w ogniskach zapalnych przydatków kobiecych, czy w przymacicznu, w utrudnionej resorbcji (Domagk); albo np. leczenie może być rozpoczęte w czasie, kiedy jady sprowadziły już pokaźne zmiany anatomiczne, trudne do leczenia, do których w warunkach doświadczalnych u zwierząt można nie dopuścić itd. Dlatego też np. rzeżączki chemoopornej nie można — zdaje się — tłumaczyć wynikiem li tylko chemolecznictwa, gdyż przecież i przed tym w erze wstrzykiwań docewkowych mieliśmy do czynienia także z takimi przypadkami. Nawroty musimy postarać się wytłumaczyć warunkami indywidualnymi, przy czym pewne przypadki rzeżączki już z góry, pierwotnie, lub w czasie nawrotu zachowują się opornie wobec traktowania ich sulfanilamidami, co częściowo tylko wywołane jest powikłaniami, z trudem lub też zupełnie nie ulegającym chemoleczniczym zabiegom. Cóż bowiem jest takim powikłaniem, o którym trzeba by tutaj pamiętać? Zwykle według zgodności większości, *ductus paraurethralis*, *Littreitis*, *spermatocystitis*, *prostatitis*, *periurethritis*, *strictura urethrae*, *gonorrhoe recti*, *hypospadiasis*. Powstają one wskutek późnego rozpoczęcia leczenia, szczególnej zjadliwości bakteryj lub nieodpowiedniego zachowania się chorego w czasie leczenia. O tych powikłaniach często utajonych, zdradzających się nieraz tylko przyspieszonem opadaniem ciałek czerwonych (Spiethoff, Fischer), należy pamiętać, gdyż w niepowodzeniach leczniczych nie bez znaczenia jest właśnie pewne przeoczenie, płynące stąd, że lekarze mając ułatwione zadanie lecznicze, ograniczające się do podawania tabletek — nie zwracają uwagi na możliwość istnienia takich właśnie utajonych ognisk (zawierają ciała, hamujące działanie sulfanilamidów — Mc Leod, Lockwood i Lynch) i nie badają chorych w tym kierunku. Z tym łączy się także niedopatrzenie konieczności przeprowadzenia dokładnej kontroli po wyleczeniu. Chorzy giną z obserwacji, a przecież nie wolno zapominać, że przy nawrotach gonokoki mogą leżeć niewinnie pomiędzy mnożącymi się w tym czasie nabłonkami (Bott, Krumeich), że wyciek może zniknąć, mocz się może oczyścić, a gonokoki mimo to możemy znaleźć w osadzie (Maerz). W przypadkach takich i podobnych należy się jeszcze ponadto liczyć z wprowadzaniem przez sulfonamidy gonokoka w stan osłabionej zjadliwości, która maskuje wyleczoną rzeżączkę.

Dalej, istnieją wahania w skuteczności działania chemoleczniczego w zależności od pory roku. Otóż osłabienie, czy też zupełne zniesienie działania tych leków jest tutaj, jak przypuszczają Schreuss, Gottron, Löhe i Berndt wywołane zmienionymi warunkami krążenia. A zatem nie oporność gono-

koka wobec leku, tylko zmienione warunki krążenia, tylko zachowanie się krążenia obwodowego i podatność farmakologiczna tego krwiobiegu (Gottron, Dahlenburg), może być przyczyną niepowodzenia leczniczego. Stąd też niektórzy, np. Vonkennel, aby poprawić warunki krążenia przy leczeniu sulfanilamidami wykorzystują — jak już powyżej wspomniano — dla celów leczniczych okres przedmiesiączkowy u kobiet. Nawet leczenie wspierające, przestrajające, zastosowane w takich przypadkach działa nie jako proces biologiczno-odpornościowy, swoisty lub nieswoisty, lecz poprzez zmianę warunków krążenia obwodowego (Gottron).

Że coś tutaj jest na rzeczy z tym krążeniem — na to wskazywałyby, i doświadczenia najświeższe krakowskiej kliniki dermatologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego z żołnierzami sowieckimi. Posiadają oni własny środek pirydynowy tzw. sulfidynę, która ich na ogół nie zawodziła. Po wkroczeniu wojsk sowieckich do Krakowa w styczniu 1945, w porze mokrej i chłodnej — cały liczny materiał chorych sowieckich w klinice to były przypadki rzeżączki opornej na leczenie nie tylko sulfidyną sowiecką, ale i tiazolami np. cibazolem, czy ultraseptylem = 2-(p-aminobenzolsulfamido)-4 methylthiazol. Analiza możliwych przyczyn niepowodzenia każe nam tutaj myśleć właśnie o zmienionych warunkach krążenia w związku z porą roku, pociągających za sobą upośledzone krążenie chorych narządów, upośledzone wydalanie produktów zapalnych i mniej sprawną odczynowość histiocytarną. Nie jest wykluczone, że może i nowe warunki klimatyczne, w jakich znaleźli się u nas żołnierze sowieccy, pochodzący nieraz z bardzo dalekich terenów Rosji — posiadają tutaj pewne znaczenie.

Przy tej sposobności należy wspomnieć także o obserwacjach mnożących się nawrotów, zwłaszcza w miesiącach zimowych (listopad—luty 1939—40, 1940—41), które niektórzy tłumaczą niedoborem witaminy C w tej porze (Schreuss). Ponieważ jednak Löhe podając witaminę C nie widział w takich przypadkach poprawy, dlatego w związku z tym nasuwa się raczej pytanie, jak wobec tego leczą się rzeżączki u żołnierzy innych narodowości, wędrujących po Europie i świecie i podlegających działaniu różnych klimatów i rozmaicie odżywianych w czasie ostatniej wojny? Np. żołnierze niemieccy w Rumunii okazywali wyraźny odsetek ujemnych wyników leczniczych w miesiącach zimowych (Hoffmann). Nb. trzeba tutaj pamiętać, że czynnik wrażliwości rasowej odgrywa zdecydowaną rolę podczas leczenia sulfonamidami (Hegler). Zestawienia statystyczne ze szpitali wojskowych i nasze własne doświadczenia nie dają na to jednolitej, zgodnej odpowiedzi, sama ich rozbieżność dowodzi jednak, że problem ten istnieje i wymaga wyjaśnienia.

Temu wszystkiemu, co dotychczas powyżej zostało powiedziane, zebrane i tłumaczone, patronuje teoria, że sulfonamidy nie działają na gonokoki na podobieństwo surowicy antytoksycznej, tylko działają na nie bakteriostatycznie, co pociąga za sobą zmniejszoną produkcję jadów. To bakteriostatyczne działanie, jako wynik upośledzenia procesów przemiany materii bakteryj, natury w pierwszym rzędzie enzymatycznej jest bardzo ważne (Schäfer, Mc Intosh i Whitby, Lockwood, Stamp, Locke, Mellon i Shin), ale nie wyłączne, gdyż ostateczny wynik leczniczy zależy przecież od współdziałania ustroju zakażonego ze wszystkimi jego właściwościami obronnymi (Walter i Boczar), a w szczególności aparatu leuko- i histiocytarnego (Levaditi i Perault, 1941). Oczywiście nie wszyscy to przyjmują i tłumaczeń jest bardzo wiele, zbliżonych jednak mniej lub więcej do tego wyjściowego tłumaczenia.

Nowe światło rzuciły na tę sprawę badania zapoczątkowane przez Stampa (1938), rozwinięte później przez Woodsa i Fildesa, Rubbo, Gillespiego, Kuhna, Lockwooda, Greena, Mc Intosha i Whitbyego. Według tych badań bakteriostatyczne działanie sulfonamidów in vitro można sparaliżować dodatkiem pewnych peptonów, wyciągów z drożdży i z bakteryj, przy czym polega to prawdopodobnie na obecności w wyciągach aromatycznego aminokwasu, tzw. kwasu p-aminobędźwinowego. Antybakteryjne działanie sulfonamidów względnie kwasu sulfanilowego polega tutaj na dziwnym podobieństwie struktury chemicznej tych ciał do kwasu p-aminobędźwinowego (Fildes), działającego w procesach enzymatycznych bakteryj na podobieństwo kofermentu, przy czym podobieństwo to nie sięga jednak tak daleko, aby one mogły działać także jako ciała wzrostowe.

W odniesieniu do rzeżączki Kimmig (1941) znalazł, że ten związek niezbędny bakteriom do wzrostu i identyczny z witaminem H' (Kuhn) znosi ilościowo działanie wszystkich sulfonamidów przeciwgonokokowych w hodowlach płynnych. Te badania kontrolowano *in vivo*, na ludziach — z wynikiem ujemnym (Löhe i Brett), a zatem odwrotnie i sulfonamidy potrafią wyprzeć działanie tego ciała niezbędnego do anaerobiozy. Najoporniej zachowują się wobec niego tiazole (Strauss) i np. objawów toksycznych po tiazolach nie udało się usunąć podawaniem kwasu p-aminobędźwinowego (Strauss i Finland). Doświadczenie z marfanilem (sól-4-aminomethylsulfonamidu), wykazujące jeszcze dobitniej, że nie wszystkie sulfonamidy w jednakowy sposób są paraliżowane przez kwas p-aminobędźwinowy, podkreślają tylko nasze trudności w wyjaśnianiu działania sulfonamidów w ogóle. Ponieważ jednak to zachowanie się kwasu p-aminobędźwinowego według doświadczeń Domagka jest różne wobec gronkowców, paciorkowców i z drugiej strony gonokoków i meningokoków, jedne hamuje we wzroście, innych nie, względnie w bardzo słabym stopniu — dlatego nasuwa się pytanie, czy ten kwas p-aminobędźwinowy występuje w normalnych warunkach w ludzkim ustroju w takim stężeniu, które może sparaliżować działanie sulfonamidów w przypadku ostrej infekcji, czy też to może wystąpić w określonych patologicznych warunkach, chronicznych stanach zapalnych, beztlenowych zakażeniach itp. Może pewne, nie duże zresztą praktycznie znaczenie, miałyby tutaj peptony i produkty rozpadu bakteryj, gromadzące się w ogniskach zapalnych w przypadkach chronicznych schorzeń. Są znane przypadki niepowodzeń leczniczych rzeżączki, w których w moczu

znajdowano duże ilości ciał antysulfamidowych (Nitti i Palazzioli). Nie jest też wykluczone, iż pobieranie w jedzeniu kwasu p-aminobędźwinowego lub podobnie działających połączeń może się stać przyczyną niepowodzenia leczniczego, zwłaszcza jeśli tych sulfanilamidów podaje się niedużo.

Jak widać z tego, co dotychczas powiedziano nie ma zgodności wyników w doświadczeniach nad działaniem kwasu p-aminobędźwinowego. Doświadczenie pracowniane i praktyka kliniczna kłócą się. Natrafiamy na trudności przy próbach wyjaśnienia.

Dlatego podsumowując wyniki pytamy, dlaczego na początku osiągaliśmy pokaźny odsetek wyleczeń po najprostszych związkach ery sulfanilamidowej, a następnie nie wystarczały już najbardziej dogodne połączenia?

I tutaj obok konieczności sporządzenia odpowiedniej statystyki, która dopiero może teraz ujawnić właściwą wartość leczniczą sulfonamidów nasuwałaby się nieodparcie chęć konfrontacji tych dziejów z historią preparatów arsenowych, o których wspomniano na początku. Ehrlichowska *therapia sterilisans magna* z biegiem czasu, po pasażu krętków na tylu ludzkich pokoleniach jest dziś bardziej nieosiągalna i dzisiaj nikt z nas nie pokusiłby się wyleczyć kiłę jednym zastrzykiem salwarsanu. Jak ostatnio podniósł Walter leczenie to jest obecnie seryjne, długie, sprzężone, arsenobenzolowo-bismutowe czy rtęciowe, posługujące się nawet pomocniczo środkami bodźcowymi. Znane są przecież przypadki kiły opornej na leczenie arsenobenzolem, co dało nawet powód do przypuszczeń o istnieniu szczepów krętków bladych uodpornionych na działanie arsenu. Czy można czegoś podobnego dopatrywać się i w zagadnieniu leczenia rzeżączki sulfanilamidami? Czy można przypuścić, że mogą istnieć szczepy gonokoków niewrażliwe na połączenia chemolecznicze? Takie szczepy potraktowane u jednego osobnika nie wystarczająco sulfanilamidami, u innego osobnika stanowić będą szczep odporny na lek, co musi prowadzić do ujemnych wyników leczniczych. Jest ciekawe, że chorzy często od pierwszej chwili są chemooporni, przy czym należy od nich odróżnić tych, którzy już gdzieś byli leczeni niewystarczająco, nieumiejętnie. Tutaj zapewne należą ci, o których mówi Felke i ci, którzy lecząc się sulfanilamidami sami lub też niewystarczająco stali się ofiarami niespodziewanych nawrotów. A zatem w warunkach, przynajmniej takich, jak to sobie dzisiaj wyobrażamy, ułatwiających powstanie chemooporności.

W każdym razie te właściwości biologiczne gonokoka (także Schuermann i Schilling), zdają się mieć tutaj bardzo duże znaczenie, a także i niebezpieczne dla ogółu przypadki z osłabioną zjadliwością gonokoków (utajone rzeżączki!) i przypadki nosicieli gonokoków, których źródłem są nieumiejętnie leczone rzeżączki, jak i pochopne stosowanie sulfanilamidów z wszelkich innych powodów oraz spostrzeżenie, że szczepy gonokoków, które stały się opornymi zawierają większą ilość kwasu p-aminobędźwinowego, niż szczepy wyjściowe (Stockinger i Carpenter). Tutaj wreszcie należy także spostrzeżenie, że taki środek, jak uliron, dawał Grützowi znakomite wyniki w pierwszych doniesieniach także i w ostrej rzeżączce. Później już te wyniki nie były tak dobre i poprawiły się znowu po wynalezieniu tiazolów, aby z kolei znowu spaść w cyfrach odsetkowych, które nigdzie na świecie nie mogą osiągnąć tej wysokości, jaką w swych pierwszych doniesieniach uzyskali Löhe i Brett (99%, ale po trzeciej serii), Miescher i inni.

Te wszystkie nasze podejrzenia były i są przedmiotem sporu, który zdaje się rozstrzygać przecież doświadczenie Felkego, potwierdzone świeżo w 1941—2 roku przez Schmidta, Reymanna i Hagermanna, że szczepy gonokoków oporne na leczenie sulfanilamidami u człowieka zachowują się tak samo i na pożywce, że zatem można przyjąć za możliwe przyzwyczajanie się gonokoka do leku. Link, w swej na szeroką skalę zakrojonej pracy, potwierdza także w pewnym stopniu te badania i przyjmuje, że niepowodzenia są wywołane różnie wysoką zdolnością przyswajania leku przez chorych i różnie wielką odpornością gonokoków, która w jednych wypadkach już pierwotnie, z góry istnieje, lub też powstaje wskutek już to przebytego leczenia, bądź raczej jako skutek niewyjaśnionych jeszcze dzisiaj procesów odpornościowych. Dla niektórych szczepów gonokoków ustrój może być za dobrą pożywką, aby sulfonamidy przeszkodziły nawrotowi (Preis). Te i podobne badania (Miescher i Schnetz) nie wyjaśniają może zagadnienia chemooporności, ale pozwalają na wyciągnięcie praktycznego wniosku, że obecnie chemolecznictwo doprowadziło do tego, iż znikną szczepy wrażliwe, a wzrośnie liczba opornych. A z drugiej strony i to, że z określenia stopnia chemooporności na pożywce można praktycznie wyciągać wnioski prognostyczne i wskazówki lecznicze (Hagermann i Brück).

Zapewne są jeszcze i inne problemy, jak różnice regionalne we wrażliwości szczepów gonokoków, jak nie dające się przewidzieć zachowanie się wobec sulfonamidów ustroju, który kilka razy uległ zakażeniu gonokokami (Schuermann), niektóre może się jeszcze wyłonią, ale nie sposób jednym tchem o wszystkich mówić. Sprowadzają się one wszystkie do braku zgodności pomiędzy zahamowaniami wzrostu *in vitro* i wynikami leczniczymi w doświadczeniu i w klinice. Powody tego, jak widzieliśmy mogą być różne i różnie tłumaczone. Tutaj chodziło o to, aby na tle współpracy środka chemoleczniczego z ustrojem w walce z gonokokami zrobić narazie próbę zestawienia naszych korzyści i braków. Może ujemne strony tego leczenia wysunęły się mimo woli na pierwszy plan, skoro nie spełniło ono we wszystkim starej chemoterapeutycznej maksymy Ehrlichowskiej, ale to przecież mimo tych i innych zastrzeżeń nie osłabia pozatym wartości tych leków. Niosą one takie znane i uznane powszechnie korzyści, jak skrócenie czasu leczenia, zapobieganie powikłaniom i niepłodności następowej, czynią leczenie prostym i niekłopotliwym dla chorego, nie przeszkadzają w pracy, rozwiązują ręce przy leczeniu *vulvovaginitis infantum* itp. Nie obniżając wartości tych korzyści właśnie na tem tle szukamy drogi, aby leczenie to było jeszcze lepsze, aby droga jaka do tego wiedzie była najbezpieczniejsza i abyśmy poznali wreszcie mechanizm tego działania.

I jak widać — tak wyglądałyby blaski i cienie leczenia sulfanilamidami na terenie wenerologicznym. Jest oczywistym, że bez tych środków nie możemy wyobrazić sobie dzisiaj leczenia rzeżączki. Minęły bezpowrotnie czasy, kiedy tak często praktyka życiowa narzucała nam słynne, aktualizujące się zawołanie Ricorda: „Une chaudepisse commence — Dieu sait, quand elle finira". Tak, to minęło. Zrobiliśmy olbrzymi skok, ale chcemy dla naszych chorych więcej. I dlatego niestety musimy pogodzić się z faktem, że chemolecznictwo doustne nie może być leczeniem wyłącznem. Wielu naszych chorych nie wie jak wygląda strzykawka rzeżączkowa, ale wenerolog musi o tym pamiętać, a zapomnieć natomiast o złotym śnie, który swego czasu wprawił go w taki zachwyt możliwością wyleczenia rzeżączki w ciągu jednego dnia (Miescher, ostatnio Hamann!).

Nie uda się zrealizować śmiałego planu Mayra totalnej walki z gonokokami, mającej polegać na tym, aby po wojnie w pewnym momencie podać ludności całej Europy lek i w ten sposób pozbyć się rzeżączki raz na zawsze. Na to jeszcze za wcześnie. Jest to niemożliwe z powodu trudności organizacyjnych, oporu ludności i choćby z uwagi na możliwości ciężkich ubocznych objawów tiasolów przez ich wykrystalizowywanie się i mechaniczne uszkadzanie w czasie wydalania z ustroju, a przede wszystkim z tego powodu, że nie ma dzisiaj chyba człowieka, który by z tego czy innego powodu nie zażywał sulfanilamidów. Zdaje się, że kart chemolecznictwa rzeżączki nie można zamknąć. Wyniki są rozmaite. Na to zgadzamy się wszyscy, ale właśnie też dlatego szukamy drogi, aby nie było tych różnic, abyśmy wyniki mieli jednakowe, abyśmy poznali przyczynę tych różnic, czyli, aby nas lek nie zawodził. Nie chcemy 100%. Tego nie uzyskamy, ale chcemy aby odsetek dobrych wyników nie spadał tak szybko jak to się ostatnio dzieje. A przede wszystkim uważamy, że już czas najwyższy, aby po tylu latach stosowania tak znakomitych leków — zmniejszyła się wreszcie cyfra zachorowań na rzeżączkę. Mam wrażenie, że nie zostały już wyczerpane wszystkie możliwości, że nie powiedziano jeszcze wszystkiego. A pozatym trzeba jeszcze i o tym pamiętać, że jeszcze nie wiemy, czy z penicyliną nie będzie po kilku latach tak samo? Czy po oklaskach entuzjazmu nie nastąpi umiarkowanie, a potem chłód krytyczny? Jedno jest pewne, to nowe, zbliżające się, obiecujące wiele leczenie nie wyprze sulfanilamidów. Te są zbyt wartościowym lekiem.

A zresztą, najbliższy czas pokaże jaki wynik przybierze współzawodnictwo tych dwóch środków w leczeniu rzeżączki.

Dr med. JERZY LEBIODA — Kraków

Penicylina w leczeniu rzeżączki

Z Kliniki Dermatologicznej U. J. Dyrektor: Prof. Dr Franciszek Walter.

I

W ostatnich latach przedwojennych chemioterapia, wprowadzając do lecznictwa sulfanilamidy (Klarer-Mietsch 1932, Domagk 1935), święciła swój nowy wielki sukces i zajęła pierwsze miejsce w walce z chorobami wywołanymi przez drobnoustroje grupy ziarenkowców. Sulfanilamidy ulegając coraz to nowym modyfikacjom, które z jednej strony zmniejszały ich toksyczność dla ustroju, a z drugiej zwiększały ich siłę bakteriobójczą, stawały się coraz to doskonalszą bronią w rękach lekarza. Walka o byt jest twarda i bezlitosna. Zdawało się w pewnych fazach tej walki, że niektóre schorzenia znikną na skutek stosowanych leków i nadzwyczaj szybkiego niszczenia bakteryj. Ale widocznie i organizm bakteryj pracował wytrwale. Praca ta przyniosła pewnym szczepom bakteryj odporność na sulfanilamidy. Coraz częściej musimy stwierdzić, że stosowanie sulfanilamidów nie przynosi oczekiwanego rezultatu. Ponosimy więc porażki na drodze chemioterapeutycznej. Odnosi się to tylko do pewnego odsetka przypadków, ale jest to dla nas ostrzeżeniem, że wielkość ta może w dalszym ciągu wzrastać i że należałoby wyjaśnić przyczyny tego zjawiska, jak też zapobiec dalszemu wzrastaniu, gdyż możemy znaleźć się w położeniu odwrotnym, że tylko nieznaczny procent pewnych schorzeń podanych na leczenie sulfanilamidami, będziemy w stanie wyleczyć, a większość przypadków będzie na nie oporna.

Mechanizm bakteriobójczego działania związków sulfanilamidowych początkowo nie był znany przy wprowazaniu ich do lecznictwa. Dopiero niedawno stwierdzono, że podstawowym czynnikiem wzrostowym dla mikroorganizmów jest kwas paraaminobędźwinowy, a jego antagonistą jest kwas sulfanilowy, powstający w ustroju z dostarczanych mu związków sulfanilamidowych i wypierający wyżej wspomnianą witaminę. Bakterie pozbawione jednego z zasadniczych czynników życiowych przestają się dzielić i mnożyć. Przestają też być tak groźne dla ustroju atakowanego, jak do chwili wystąpienia tego nowego czynnika, przychodzącego z wybitną pomocą ustrojowi. Przy wszelkim bowiem zakażeniu groźnym zjawiskiem jest nie sama jadowitość poszczególnych bakteryj, lecz dopiero połączenie tej jadowitości z szybkością rozmnażania się. Wtedy bowiem siły obronne ustroju mogą nie podołać w walce z narastającym nieprzyjacielem. W przypadku zaś, gdy bakterie nie dzielą się i nie mnożą, są więc niejako sparaliżowane i przygotowane do pożarcia (pewna analogia działania do opsonin Wrighta) — leukocyty łatwo dają sobie z nimi radę — wchłaniając je, unieszkodliwiają i ostatecznie ustrój odnosi zwycięstwo. Nie mniej ciekawe zjawiska życiowe obserwujemy w świecie drobnoustrojów między różnymi gatunkami mikroorganizmów.

Wiemy, że współżycie czyli symbioza bakterii wywiera wielki wpływ na ich rozmnażanie się, jak również i na zjadliwość bakteryj chorobotwórczych. W pewnych bowiem przypadkach współżycie bakteryj jednego gatunku z bakteriami drugiego uła-

twia i wzmaga ich rozwój, w innych zaś przypadkach współżycie bakteryj dwóch różnych gatunków jest niemożliwe, gdyż jeden gatunek wypiera drugi. Zjawisko to niszczenia jednych mikroorganizmów przez drugie zaobserwowali już Pasteur i Joubert w roku 1877 i nazwali je antybiozą. Wynikało z tego, że pewne szczepy bakteryj, tocząc walkę o byt z innymi bakteriami, potrafiły wytworzyć ciała hamujące wzrost rywali. Ciała te nazwano antybiotykami i należy zaliczyć do nich pyocyanazę, odkrytą już w roku 1899 przez Emmericha i Loewa. Jest ona ciałem wydzielanym przez prątka ropy błękitnej *(bac. pyocyaneus)* i powstrzymuje na pożywce rozwój ziarenkowców ropotwórczych i innych. W roku 1929 profesor bakteriologii A. Fleming, uczeń Wrighta z londyńskiego szpitala S. Mary, spostrzegł, że rozwój gronkowców na pożywkach ulega zahamowaniu tam, gdzie jako zanieczyszczenie pojawia się pleśń *penicillium notatum*. To spostrzeżenie skłoniło Fleminga do podjęcia wspólnie z Clutterbuck'iem, Lovellem i Raistrick'iem prac nad wyosobnieniem ciała wytwarzanego przez pleśń, a nazwanego penicyliną. Badacze ci nie zdołali wydobyć czystej penicyliny z bulionu, w którym hodowano grzybnię pleśni i doszli do przekonania, że jest ona ciałem bardzo nietrwałym, którego nie uda się uzyskać w stanie nadającym się do stosowania w medycynie, wobec czego ogłosili swe wyniki i zaniechali dalszych prac. W sześć lat potem prof. Florey z Oxfordu wraz z drem Chain'em podjęli systematyczne badania nad różnymi substancjami antybiotycznymi, zwłaszcza nad pyocyanazą i penicyliną. Dopiero w roku 1941 uzyskali trwałą substancję zawierającą 10—20% penicyliny, nadającą się już do badań klinicznych. Badania te wykazały, że penicylina nie jest środkiem bakteriobójczym, że nie uszkadza białych ciałek krwi, ani żadnych tkanek. Penicylina jest środkiem bakteriostatycznym, nie zabija bakteryj, ale skutecznie hamuje ich rozwój, porażając zarówno rozmnażanie się przez podział jak tworzenie spor. Ponieważ zaś żywotność ciałek białych nie doznaje uszczerbku, przeto mogą one łatwo niszczyć „obezwładnione bakterie". Siła działania penicyliny jest olbrzymia — działa bowiem na streptokoki jeszcze w rozcieńczeniu 1 na 250 milionów. Penicylina działa skutecznie przede wszystkim na bakterie gramdodatnie, jak stafilokoki, streptokoki, bac. pyogenes, pneumokoki, na grupę beztlenowców, na wąglika — a ponadto z gramujemnych na meningokoki i gonokoki. Co więcej — penicylina działa w tych przypadkach, gdzie mamy do czynienia z opornością na sulfanilamidy. Otrzymaliśmy więc nowy środek, który pozwala nam działać w przypadkach, w których zawiodły sulfanilamidy. Możnaby więc na wstępie wnosić, że działanie tych dwóch środków ma różny punkt zaczepienia.

II

Badania nad działaniem penicyliny w medycynie zagranicą są prowadzone od 3-ch lat i zdołano tam zebrać już liczne spostrzeżenia i osiągnąć znaczne doświadczenie. Do nas penicylina dotarła przed dwoma miesiącami, a literatura jeszcze później. Gdy Ministerstwo Zdrowia przydzieliło Klinice Dermatologicznej U. J. we wrześniu b. r. penicylinę, nie mieliśmy jeszcze żadnej literatury. Rozpoczęliśmy jednak badania, ponieważ termin ważności penicyliny był niezbyt odległy, a ponadto mieliśmy szereg chorych rzeżączkowych sulfanilamidoopornych, którzy znakomicie nadawali się do wypróbowania leczniczego działania penicyliny u nas. Oczywiście dla kontroli przeprowadziliśmy również leczenie w przypadkach rzeżączki nieleczonej w ogóle. Chodziło nam przede wszystkim o stwierdzenie działania dostarczonej penicyliny, ponieważ odbyła ona długą drogę morską, a później lądową w różnych zresztą warunkach, a na każdej buteleczce znajduje się przestroga, że należy przechowywać ją w temperaturze poniżej 10° C, co nie zawsze musiało być przestrzegane. Staraliśmy się też ustalić dawki optymalne dla naszych chorych, którzy przecież, jak i cała ludność, znajdowali się i znajdują w innych warunkach, aniżeli ludzie na Zachodzie. Wiemy dobrze jak wielki wpływ na leczenie ma odżywienie i samopoczucie, z tym też związana jest i dawka leku. Z powodu braku literatury stąpaliśmy nieco po omacku, dzięki ostrożności jednak nie popełniliśmy większych błędów.

Otrzymaliśmy do badań „*Penicillin Ben Venue*", produkowaną w Stanach Zjednoczonych w Bedford Ohio, z terminem ważności luty 1946 rok. Jest to sól sodowa penicyliny w postaci żółtego proszku, zbitego w grudki, w buteleczkach wielkości 20 cc, opatrzonych specjalnym korkiem gumowym do przekłucia igłą i wprowadzenia do wnętrza rozpuszczalnika (lepiej jest wprowadzić 2 igły, wówczas powietrze uchodzi przez jedną z nich i zarówno wprowadzanie płynu, jak też pobieranie nie napotyka na trudności). Jako rozpuszczalnika używano fizjologicznego roztworu soli w stosunku 20 cc na 100 tysięcy jednostek oxfordzkich penicyliny, tak że w jednym cc otrzymywano 5 tys. jedn. oxf. Przy tym rozcieńczeniu uzyskuje się płyn pomarańczowy o lekkim zapachu aromatycznym. Ponieważ penicylina ma być bardzo wrażliwa na temperaturę, przechowujemy suchą substancję w lodówce, w temperaturze 2° C. Jeśli jednak idzie o roztwór penicyliny, to ze względów technicznych zdarzało się, że trzymaliśmy go w temperaturze pokojowej, nawet przez okres 24-ch godzin i nie stwierdziliśmy, aby tracił swe własności w tym stopniu, by można było to zauważyć w przebiegu leczenia. Roztwór penicyliny stosowaliśmy jako wstrzykiwania domięśniowe w pośladek, w dawkach krańcowych 10 i 35 tysięcy jedn. oxf., przeważnie 15 i 20 jedn. Wstrzykiwania stosowaliśmy co 3 godziny, ponieważ penicylina zostaje bardzo szybko wydalona z ustroju z moczem. U znacznej większości pacjentów wykonano 5 wstrzyknięć a tylko u jednego chorego i u jednej chorej zastosowano jeszcze 6 wstrzyknięcie po upływie 12-u godzin po 5-ym wstrzyknięciu, u kilku zaś kobiet stosowano wszystkiego tylko 4 wstrzyknięcia. W ostatnich kilku przypadkach przeprowadziliśmy wstrzykiwania co 2 godziny. Chorzy na ogół znosili dobrze wszystkie injekcje; niektórzy skarżyli się na ból miejscowy, który przeważnie utrzymywał się kilka minut po zastrzyku. W trzech przypadkach pacjenci zemdleli po pierwszym wstrzyknięciu, ponadto w kilku były skargi na osłabienie. Innych objawów ubocznych nie obserwowaliśmy. W dniu, w którym przeprowadzano leczenie penicyliną, zalecano pacjentom skromne pożywienie, ograniczenie płynów i palenia, wychodząc z założenia, że lepiej jest nie obciążać ustroju pracą trawienną przewodu pokarmowego i nie dostarczać ustrojowi witamin potrzebnych do życia bakteryj.

Otrzymaną penicyliną leczyliśmy dotychczas 54 przypadki rzeżączki, z czego 42 mężczyzn i 12 kobiet. Od razu podamy, że 3-ch przypadków rzeżączki nie powiodło nam się wyleczyć penicyliną w pierwszym leczeniu, a to 2-ch mężczyzn i jednej dziewczynki 7-letniej. Leczone przypadki omówimy grupami; szczegółowsze dane dotyczące rozpoznania, czasu trwania choroby jak i poprzedniego leczenia

TABELA I

Dane dotyczące mężczyzn leczonych penicyliną

L. p.	Nazwisko	Wiek	Czas trwania choroby	Rozpoznanie	Dotychczasowe leczenie	Dawkowanie penicyliny	Czas obserwacji	Uwagi
1	M. J.	35	8 tyg.	Urethritis gnc. tot. Epididymitis et funiculitis. Prostat. follicularis	Cibasol, globucid, neouliron — szczepionki Janety	100 tys. jedn. co 3 godz. po 20 tys. jedn.	6 tyg.	sin.
2	G. L.	35	4 „	„	leczenie miejscowe — szczepionki	„	3 „	dextr.
3	W. J.	35	5 „	Urethritis gnc. tot. Prostatitis parenchymatosa	2 tury lecz. 60 tabl. i lecz. miejsc.	„		Wystąpienie zapalenia najądrza praw. i nawrót 3 dnia
4	K. Cz.	25	4 „	„	2 tury leczenia cibasolem razem 70 tabl. zastrzyki dom. mleka	„	3 „	
5	S. J.	23	6 „	Urethritis gnc. tot. Prostatitis foll. Vesiculitis dext. Azoospermia	leczenie miejscowe	80 tys. jedn. co 3 godz. 20, 15, 10, 15, 20	5 „	
6	Mg. S. J.	35	8 „	Urethrit. gnc. tot. Epididymitis sin.	4 tury lecz. cibasol, Sulfathiazol, Euvernil—szczepionki lecz. miejsc.	70 tys. jedn. co 3 godz. 20, 15, 15, 10, 10	4 „	
7	D. S.	26	4 „	„	1 tura szczepionki lecz. miejsc.	100 tys. jedn. co 3 godz. po 20 tys. jedn.	3 „	
8	M. A.	40	8 „	„	3 tury leczenia Cibasolem szczep. Janety	75 tys. jedn. co 2 godz. 20, 15, 10, 15, 15	4 „	
9	K. A.	26	4 „	Urethritis gnc. tot. Prostatitis foll.	2 tury lecz. Cibasol-Sulfapirydyna lecz. miejscowe	100 tys. jedn. co 3 godz. po 20 tys. jedn.	3 „	
10	M. J.	23	3 „	„	4 tury lecz. Cibasol, Eleudron neouliron, cibasol (120 tabl.)	75 tys. jedn. co 3 godz. po 15 tys. jedn.	2 „	
11	F. W.	34	6 „	„	3 tury lecz. cibasolem (120 tabl.) Janety	„	2 „	
12	R. S.	24	16 „	Urethrit. gon. tot. et gonorrhoea ductus paraurethralis	3 tury lecz. cibasolem	„	2 „	
13	K. F.	37	7 „	„	2 tury lecz. Sulfathiazolem (60 tabl).	„	3 „	
14	Ch. L.	18	6 „	Gonorrhoea ductus paraurethralis	2 tury lecz. cibasolem (70 tabl.)	85 tys. jedn. co 3 godz. 20, 15, 15, 15, 20 tys. jed.	3 „	
15	O. L.	28	12 „	Urethritis gon. totalis	3 tury lecz. cibasolem, sulfidyna, lecz. miejscowe — szczep. mleko	75 tys. jedn. co 3 godz. po 15 tys. jedn.	2 „	
16	K. S.	40	12 „	„	2 tury lecz. cibasol, lecz. miejsc.	„	3 „	
17	N. G.	32	8 „	„	3 tury lecz. Sulfidyna (100 tabl.) leczenie miejscowe	„	2 „	
18	D. S.	25	8 „	„	2 tury lecz. cibasol (80 tabl.) lecz. miejscowe — szczepionki	„	2 „	
19	P. K.	25	8 „	„	3 tury lecz. cibasol (80 tabl.) lecz. miejscowe — szczepionki	„	2 „	
20	O. S.	34	14 „	„	1 tura lecz. Sulfathiazol (20tabl.)	„	2 „	w czasie lecz. sulfathiazolem żółtaczka
21	G. H.	35	8 „	„	2 tury lecz. cibasol (80 tabl.).	„	2 „	
22	S. E.	25	8 „	„	3 tury lecz. cibasol	75 tys. jedn. co 2 godz. po 20, 15, 10, 15, 15	2 „	
23	A. R.	27	12 „	„	2 tury lecz. cibasol. sulfathiazol (70 tabl.)	„	2 „	
24	Rz. S.	26	8 „	„	„	„	1 „	
25	W. K.	20	12 „	„	3 tury lecz. cibasol lecz. miejscowe szczepionki	„	1 „	
26	M. W.	25	7 „	„	2 tury lecz. cibasol, sulfathiazol szczepionki	„	1 „	
27	M. S.	29	8 „	„	1 tura lecz. cibasol	60 tys. jedn. co 2 godz po 20, 10, 10, 10, 10	1 „	
28	S. S.	25	2 „	„	2 tury lecz. cibasol (40 tabl.	65 tys. jedn. co 3 godz. po 20, 15, 10, 10, 10	2 „ 2 „	
29	K. H.	35	8 „	Urethritis gonorrhoica anterior	2 tury leczenia cibasol 60 tabl. leczenie miejscowe	75 tys. jedn. co 3 godz. po 15 tys. jedn.	2 „	
30	Cz. S.	42	3 „	„	2 tury leczenia cibasol 40 tabl. leczenie miejscowe	„	2 „	

L. p.	Nazwisko	Wiek	Czas trwania choroby	Rozpoznanie	Dotychczasowe leczenie	Dawkowanie penicyliny	Czas obserwacji	Uwagi *
31	K. J.	25	8 tyg.	Urethritis gonorrhoica anterior	2 tury leczenia cibasol	75 tys. jedn. co 2 godz. po 15 tys. jedn.	2 tyg.	
32	P. R.	20	3 „	„	1 tura leczenia Cibasol Lecz. miej.	„	2 „	
33	H. R.	33	3 „	„	3 tury leczenia Cibasol	„	2 „	
34	Z. Z.	33	4 „	„	3 tury leczenia Cibasol	80 tys. jedn. co 3 godz. po 20, 15, 15, 15, 15	2 „	
35	Z. S.	35	2 „	„	1 tura leczenia Cibasol 40 tabl.	„	3 „	
36	N. D.	45	8 „	„	2 tury lecz. Cibasol szczepionki leczenie-miejscowe	100 tys. jedn. co 3 godz. po 20 tys. jedn.	2 „	
37	M. F.	41	3 „	„	1 tura leczenia Cibasol 30 tabl.	60 tys. jedn. co 3 godz. po 20, 10, 10, 10, 10	2 „	
38	M. B.	37	1 „	„	żadne	80 tys. jedn. co 3 godz. po 20, 15, 15, 15, 15	2 „	Badano nasienie przed i po leczeniu
39	D. J.	38	3 „	„	„	75 tys. jedn. co 3 godz. po 15 tys. jedn.	2 „	
40	L. H.	23	1 „	„	„	105 tys. jedn. co 3 godz. 20, 15, 15, 15, 20 po 12 godz. 20 tys. jedn.	3 „	Badano nasienie przed i po leczeniu
41	O. S.	39	2 dni	„	„	85 tys. jedn. co 3 godz. 20, 15, 15, 15, 20	1 „	
42	T. W.	30	5 dni	„ Hypospadiasis	„	„		nawrót, dalsze leczenie sulfathiazolem

TABELA II

Dane dotyczące kobiet leczonych penicyliną *)

L. p.	Nazwisko	Wiek	Czas trwania choroby	Rozpoznanie	Dotychczasowe leczenie	Dawkowanie penicyliny	Czas obserwacji	Uwagi
1	K. S.	7	2 tyg.	Vulvovaginitis gnc.	żadne	8 tys. jedn. co 3 godz. 5 razy	7 dni	nawrót
	„	7	3 „	„ „	bezskuteczne stosowanie penicyliny 40 tys. jedn.	16 tys. jedn. co 3 godz. 5 razy	4 tyg.	
2	N. M.	22	10 „	Cervicitis, endometritis gnc. Metrorrhagia	4 tury sulfanilamidowe, Cibasol, Sulfathiazol, Euvernil	20, 20, 15, 15, 15 tys. jedn.	4 „	
3	Śl. A.	23	11 „	Urethritis, cervicitis, Bartholinitis ambil. gnc. Gravida VII m. l.	4 tury sulfanilamidowe, Cibasol, Sulfathiazol, Irgafen, Eleudron, leczenie miejscowe	20×4 i 35, co 3 godz. i po 12 godz. jeszcze 30 tys. jedn.	„	
4	W. S.	33	4 „	Urethritis et polyarthritis gnc. Gravida VII m. l.	preparaty salicylowe	10 tys. jedn. dożylnie i 4 razy dnia po 18 tys. jedn. dom. przez 4 dni	trwa nadal	10 tabl. sulfathiazolu dziennie przez 3 dni
5	M. F.	32	8 „	Urethritis, cervicitis, proctitis gnc.	3 tury sulfathiazolowe	20 tys. jedn. 4 razy co 3 godz.	3 tyg.	
6	W. G.	35	8 „	Urethritis et cervicitis gnc. Lues latens serpositiva	2 tury cibasolowe	„	3 „	równoczesne leczenie Bi i NS
7	S. K.	41	8 „	Urethritis et cervicitis gnc. Lues II malulosa recens.	„	„	2 „	„
8	Z. K.	25	16 „	Urethritis et cervieitis gnc.	„	20 tys. jedn. 5 razy co 3 godz.	3 „	
9	B. G.	24	niewiadomy	„	żadne	20, 15, 15, 15, 15 tys. jedn.	2 „	
10	S. K.	23	„	„	„	20 tys. jedn. co 3 godz. 4 razy	2 „	
11	K. Z.	28	„	„	„	20 tys. jedn. co 2 godz. 5 razy	3 „	
12	K. S.	22	2 tyg.	„	„	„	2 „	

*) Część chorych kobiet była leczona przez dra K. Boezara. W zestawieniu tablic współpracował stud. med. Mrozowski Jerzy.

pacjentów, dawkowania penicyliny, oraz inne dane są podane w zamieszczonych tablicach.

Rzeżączka u mężczyzn

Przechodząc do omówienia leczonych przypadków rzeżączki u mężczyzn, dzielimy je na następujące grupy:

1) rzeżączka powikłana,
2) „ cewki przedniej i tylnej,
3) „ cewki przedniej.

1) Rzeżączka powikłana:

W tej grupie mieliśmy 11 przypadków rzeżączki skomplikowanej zapaleniem najądrza i nasieniowodu lub gruczołu krokowego i pęcherzyków nasiennych. Spośród tych przypadków 9 było sulfanilamidooopornych. Chorzy ci otrzymywali już poprzednio po kilkadziesiąt tabletek sulfanilamidu w 2-ch, nieraz w 3-ch uderzeniach, ponadto niektórzy spośród nich szczepionki, przepłukiwania miejscowe i inne. Czas trwania choroby od 1—2 miesięcy. U pacjentów tych stosowano penicylinę domięśniowo w 5-u dawkach. Pierwsza dawka wynosiła zawsze 20 tysięcy jednostek, dalsze były mniejsze. W sumie otrzymywali ci pacjenci od 70—100 tys. jednostek. Dla zilustrowania działania penicyliny przedstawimy historię choroby jednego z pacjentów.

Chory S. J., lat 35, kawaler, uległ zakażeniu w lipcu b. r. Lekarz stwierdził rzeżączkę i zalecił Cibazol, którego pacjent zażył 60 tabletek, miejscowo zaś wstrzykiwania roztworu jednego z preparatów srebrowych. Po 2-ch tygodniach leczenia pacjent zgłosił się do nas, gdzie stwierdzono *Urethritis gonorrhoica totalis*, zastosowano Sulfathiazoł 5 gr dziennie i Cibazol w roztworze 5 cc dożylnie przez dni 4. Po krótkotrwałej poprawie w wydzielinie pojawiły się z powrotem gonokoki, wobec czego przystąpiono do leczenia miejscowego. Po upływie 2-ch tygodni zastosowano drugie uderzenie Sulfathiazolem z równoczesnym stosowaniem szczepionek. W dwa dni po skończonym zażywaniu sulfanilamidu wystąpił obrzęk lewego jądra i stwierdzono *Epididymitis sin.* Zalecono leczenie klasyczne, a po 10-u dniach zastosowano 3-cie uderzenie, zmieniając preparat sulfanilamidowy na Euvernil, sądząc, że może poprzednie preparaty nie były dostatecznie pewne, jednak i ten preparat zawiódł. Po zastosowaniu 6-tej z kolei szczepionki, nastąpiła dość znaczna reakcja ze strony najądrza, które powtórnie uległo obrzękowi, a podmiotowo wzmogły się znacznie bóle promieniujące wzdłuż nasieniowodu, który przy badaniu okazał się zgrubiały i tkliwy na ucisk. W tym właśnie okresie zastosowano penicylinę w następujących dawkach: 20, 15, 15, 10, 10 tysięcy jednostek w odstępach 3-godzinnych, w sumie 70 tysięcy jednostek. Już następnego dnia można było stwierdzić dużą różnicę. Gonokoki utrzymujące się do ostatniej chwili znikły, obrzęk najądrza zmniejszył się wybitnie, bolesność również mniejsza, a podmiotowo pacjent czuł się lepiej. Dalsze leczenie pacjenta polegało na stosowaniu kilku szczepionek, kąpieli nasiadowych i nagrzewaniach lampą Sollux. Prowokacja chemiczna, alkoholowa i mechaniczna oraz obserwacja miesięczna wykazały, że proces wygasł całkowicie.

Dla przeciwstawienia muszę omówić tu w tej grupie drugi przypadek jeszcze, który okazał się oporny na leczenie penicyliną.

Pacjent W. J., lat 35, uległ zakażeniu przed 5-u tygodniami. Z polecenia lekarza zażył 60 tabletek, których nazwy nie podaje, następnie wstrzykiwał przepisany przez lekarza płyn do cewki, ostatnio zaś zażywał proszki, po których mocz był niebieski. Od 5-u dni ma parcie bardzo duże na mocz, a od 4-ch dni nie może oddać stolca z powodu znacznych bólów. Stwierdzono: *Urethritis gonorrhoica totalis*, *Prostatitis acuta.* Należy dodać, że gruczoł krokowy był wielkości pomarańczy i że podmiotowo pacjent czuł się bardzo źle, nie spał i całą noc chodził po korytarzu Kliniki. Rozpoczęto leczenie penicyliną i już po pierwszej dawce 20 tysięcy jednostek pacjent położył się spać, po godzinie snu poczuł, że bóle zmniejszyły się tak znacznie, że mógł z towarzyszami sali zasiąść do gry w karty. Pacjent otrzymał 100 tysięcy jednostek i na drugi dzień w wydzielinie z cewki nie stwierdzono gonokoków, a gruczoł krokowy uległ zmniejszeniu i nie był tak bolesny przy obmacywaniu, jak poprzednio, jednakże wieczorem tegoż dnia wystąpił obrzęk prawego jądra i stwierdzono zapalenie najądrza prawego, następnego dnia znaleziono gonokoki w wydzielinie.

Ponieważ był to drugi z kolei przypadek leczony penicyliną, nie podjęliśmy ponownego leczenia tym środkiem, tylko zastosowaliśmy Sulfathiazol doustnie po 5 gr dziennie przez 3 dni i gonokoki zginęły bezpowrotnie. Dalsze leczenie polegało na stosowaniu szczepionek i nagrzewań oraz na masażach gruczołu krokowego. Chory pozostawał miesiąc w naszej obserwacji, opuścił Klinikę jako wyleczony. Przypadek ten jest jeszcze ciekawy z tego powodu, że w czasie leczenia penicyliną wystąpiło dodatkowe powikłanie, tj. zapalenie najądrza.

Przy omawianiu tej grupy należy dodać, że dla porównania zastosowaliśmy leczenie penicyliną w dwóch przypadkach, w których poprzednio nie stosowano sulfanilamidów. W jednym z tych przypadków z rozpoznaniem *Urethritis gonorrhoica totalis*, *Prostatitis*, *Spermatocystitis*, stwierdzono przed przystąpieniem do leczenia azoospermię, która utrzymywała się także po przeprowadzonym leczeniu penicyliną.

Dalszą podgrupę stanowią 3 przypadki rzeżączki cewki, powikłanej zakażeniem przewodów dookołacewkowych. Wszystkie te przypadki były poprzednio leczone preparatami sulfanilamidowymi, a choroba utrzymywała się od 6-u tygodni do 4-ch miesięcy. W 2-ch przypadkach stwierdziliśmy rzeżączkę zarówno cewki, jak i przewodu, w jednym zaś tylko samego przewodu, mającego ujście w pobliżu lewej wargi cewki moczowej. Przewód ten nie miał połączenia z cewką, a długość jego wynosiła około 3 mm. Przypadek ten opisuję dokładniej dlatego, że pragnąc stwierdzić zmiany morfologiczne w gonokokach, jakie zachodzą pod wpływem leczenia penicyliną, właśnie z tego przewodu pobieraliśny materiał w pierwszej godzinie co 15 minut, a w następnych 2-ch — co pół godziny. Przypadek ten jest jeszcze o tyle ciekawy, ponieważ można na nim wykazać, że Cibazol działał doskonale na zakażenie

cewki moczowej i spowodował zniknięcie z niej gonokoków, natomiast nie działał na gonokoki żyjące w przewodzie dodatkowym.

2) Rzeżączka cewki przedniej i tylnej.

W tej grupie mieliśmy 14 przypadków. U wszystkich tych chorych stosowano poprzednio leczenie sulfanilamidami. Długość trwania choroby wynosiła od 4-ch tygodni do 4-ch miesięcy. Stosowano penicylinę w ogólnej dawce od 60—75 tysięcy jednostek oxfordzkich. W większości przypadków stosowano 5 wstrzyknięć domięśniowych po 15 tysięcy jednostek. Wszystkie przypadki zostały wyleczone.

3) Rzeżączka cewki przedniej.

W tej grupie również mieliśmy 14 przypadków, w 9-u stosowano poprzednio leczenie sulfanilamidami bezskutecznie, zaś 5 przypadków było leczonych tylko penicyliną. Dawki ogólne, jakie stosowaliśmy w tej grupie, wynosiły od 60—105 tysięcy jednostek oxfordzkich. Tę najwyższą dawkę zastosowano u chorego nieleczonego poprzednio sulfanilamidami, u którego przeprowadzono badanie nasienia zarówno przed, jak i po leczeniu, przy czym należy zaznaczyć, że nie stwierdzono tutaj większych odchyleń. W tej grupie mieliśmy jedno niepowodzenie u chorego, który uległ zakażeniu przed tygodniem i nie był leczony poprzednio sulfanilamidami, tylko od razu penicyliną. Otrzymał on w sumie 85 tysięcy jednostek penicyliny w dawkach 20, 15, 15, 15, 20. U chorego tego stwierdzono oprócz rzeżączki cewki przedniej, nieznacznego stopnia spodziectwo *(hypospadiasis)*. Dalsze leczenie przeprowadzono Sulfathiazolem.

Rzeżączka u kobiet

Jak wyżej wspomniano, leczyliśmy 12 przypadków rzeżączki u kobiet, z tego 8 z rozpoznaniem *Urethritis et cervicitis, gonorrhoica*, przy czym 4 przypadki były sulfanilamidooporne, 4 zaś nieleczone poprzednio wcale. Stosowano u tych 8-u chorych leczenie penicyliną od 80—100 tys. jedn. i osiągnięto wyleczenie. Reszta przypadków wymaga pokrótce omówienia oddzielnego.

Dziewczynka 7-letnia z rozpoznaniem *Vulvovaginitis gonorrhoica*, poprzednio nieleczona, u której zastosowano penicylinę w 5-u dawkach po 8 tys. jedn. domięśniowo, nie została wyleczona tą dawką, gdyż po 7-u dniach stwierdzono ponownie gonokoki. Zastosowano powtórnie penicylinę w dawce podwójnej, w sumie 80 tys. jedn. Obserwacja w toku. Dalszy przypadek to młoda kobieta, u której rozpoznano *Cervicitis, endometritis gonorrhoica, metrorrhagia*. Pacjentka była partnerką chorego S. J., opisanego wyżej i również jak u niego gonokoki wykazywały oporność na leczenie chemioterapeutyczne. W okresie stosowania sulfanilamidów krwawienia maciczne zmniejszały się, by po tych okresach wystąpić na nowo. Gonokoki utrzymywały się bez przerwy mimo 4-krotnego stosowania sulfanilamidów, a krwawień nie hamowały ani preparaty sporyszowe, ani też wapno, stosowane dożylnie. Blisko 2 miesiące trwał ten stan, po czym przystąpiono do leczenia penicyliną i zastosowano 85 tys. jedn. w dawkach 20, 20, 15, 15, 15. Krwawienia ustąpiły natychmiast, gonokoków nie stwierdzano już więcej pomimo prowokacji biologicznej, chemicznej i alkoholowej. Całość obserwacji trwała 4 tygodnie.

Następny przypadek dotyczy chorej Śl. A., lat 23, mężatki w 7-ym miesiącu ciąży. Od 2 i $^1/_2$ miesiąca pozostaje w leczeniu z powodu *Urethritis, cervicitis et Bartholinitis ambilateralis*. Leczenie preparatami sulfanilamidowymi doprowadziło do ustąpienia gonokoków z cewki, szyjki i lewego gruczołu Bartholini'ego, natomiast stale stwierdzało się gonokoki w prawym gruczole Bartholini'ego. Leczenie penicyliną w ogólnej dawce 145 tys. jedn. doprowadziło do wygaśnięcia sprawy.

Ostatni przypadek z tej grupy dotyczy pacjentki W., lat 33, będącej w 7-ym miesiącu ciąży, u której od 4-ch tygodni wystąpiło zapalenie stawów, początkowo leczone salicylatami, u której jednak stwierdzono *Urethritis gonorrhoica* i zapalenie stawów odniesiono do tego samego czynnika etiologicznego. U chorej tej stwierdzono zajęcie stawów skokowych, kolanowych, ramieniowego prawego i nadgarstkowego prawego, chora nie mogła wykonywać ruchów czynnych ani biernych w tych stawach. W przypadku tym zastosowano leczenie skojarzone penicyliną i Sulfathiazolem. Chora ta otrzymywała codziennie przez 4 dni 10 tys. jedn. oxf. penicyliny dożylnie a 70 tys. w 4-ch dawkach domięśniowo w sumie 360 tys. jedn., ponadto równocześnie przez 3 dni po 10 tabletek dziennie Sulfathiazolu. Wynik tego leczenia był bardzo korzystny. Pacjentka po kilku dniach nie tylko mogła wykonywać ruchy czynne i bierne w stawach, ale wstać z łóżka i przejść się po sali chorych. Ta prawidłowa czynność stawów dostatecznie obrazuje wielkość poprawy, jaka nastąpiła po wyżej zastosowanym leczeniu. Z biegiem czasu następowała dalsza poprawa i opuściła klinikę jako wyleczona.

Przedstawiwszy wyniki kliniczne, jakie osiągnięto przy leczeniu rzeżączki penicyliną, chcę jeszcze omówić zmiany morfotyczne gonokoków, jakie obserwowaliśmy w preparatach pobieranych w pierwszych godzinach leczenia penicyliną.

Jak już wyżej wspomniano, pobieraliśmy w tym celu wydzielinę z przewodu dokołacewkowego, uważając, że nie podlega ona innym wpływom, tak jak to mogło mieć miejsce w cewce moczowej. Jeśli chodzi o kobiety, służyła nam w tym celu wydzielina gruczołu Bartholini'ego. Oczywiście badania przeprowadzaliśmy także na preparatach mikroskopowych z wydzieliny cewki moczowej. Chodziło nam bowiem o ustalenie czasu, w jakim znikają gonokoki w wydzielinie z cewki; w tym celu badaliśmy obraz mikroskopowy po pierwszym wstrzyknięciu penicyliny w 1-ej godzinie co 15 minut, a w następnych 2-ch godzinach co $^1/_2$ godziny, po drugim zaś wstrzyknięciu — co godzinę. Już w pierwszym preparacie, a więc 15 minut po wstrzyknięciu, stwierdza się pewne zmiany. Gonokoki występują w swej klasycznej postaci tak, jakby nastąpiła wśród nich selekcja i pozostały najżywotniejsze, znajdują się głównie śródkomórkowe, Leukocyty pęcznieją, obrysy komórki nie są ostro zaznaczone, otoczka komórkowa miejscami uszkodzona. Jądra w tych leukocytach są również napęczniałe, mniej intensywnie zabarwione. W następnym preparacie widać dalsze zmiany

w leukocytach, barwią się słabiej, brzegi mają nierówne, miejscami jakby poszarpane. Gonokoki, jakkolwiek zachowują układ dwoinkowy, to jednak kształt ich zatraca charakter ziarenek kawy, a zbliża się bardziej do dwóch kuleczek, leżących obok siebie. W dalszym preparacie można było stwierdzić gonokoki różniące się wielkością, jedne mniejsze niż normalne, inne większe, przy czym większe barwią się intensywnie, podczas gdy formy drobniejsze są znacznie słabiej zabarwione. W drugiej godzinie po wstrzyknięciu i po oddawaniu po każdym pobranym preparacie nieco moczu, w wydzielinie stwierdza się oprócz elementów ropnych śluz i znacznie mniej gonokoków. Gonokoki tracą już swój charakterystyczny układ, są one napęczniałe, o obrysach raczej okrągłych, miejscami tworząc pary, przypominające warszawską bułkę, tzw. „parkę". W następnych godzinach ilość gonokoków w preparacie z wydzieliny wybitnie maleje, również i liczba leukocytów ulega zmniejszeniu, natomiast coraz więcej pojawia się śluzu. Gonokoki można spotkać zaledwie co kilka pól, znajdują się częściej śródkomórkowo i występują w formie kuleczek, intensywnie zabarwionych, o obrysach, po których nieraz trudnoby było rozpoznać gonokoka. Najdłużej utrzymywały się gonokoki 6 godzin od chwili pierwszego wstrzyknięcia penicyliny. Pod względem zachowania się wydzieliny chorych mężczyzn da się podzielić na dwie grupy: w pierwszej wydzielina ustępowała bardzo szybko, już na drugi względnie trzeci dzień po leczeniu penicyliną, w drugiej natomiast wydzielina śluzowa utrzymywała się przez okres dłuższy, nawet do 2-ch i więcej tygodni. Te ostatnie przypadki sprawiały pewną trudność w ustaleniu całkowitego wyleczenia, ponieważ w obrazie mikroskopowym stwierdzano ziarenkowce, które budziły podejrzenie, czy nie stanowią jakiejś formy przejściowej gonokoka. Wykonane posiewy, coprawda w nielicznych tylko przypadkach z powodu trudności technicznych, wypadły ujemnie. W rozstrzygnięciu naszych wątpliwości wielką rolę odegrały przypadki, których nie udało nam się wyleczyć penicyliną, albowiem w tych przypadkach w okresie nawrotu gonokoki wystąpiły w formach nie budzących żadnej wątpliwości.

Penicylina okazuje się skutecznym środkiem w leczeniu rzeżączki, skutecznym także w przypadkach sulfanilamidoopornych. Rozważając widoczne różnice działania przeciwbakteryjnego penicyliny i sulfanilamidów, można sądzić, że penicylina działa wielokrotnie silniej, niż sulfanilamidy. Inni badacze podają, że penicylina i sulfanilamidy stosowane łącznie, działają synergistycznie i podnoszą wzajemny efekt swego działania. Są autorzy, którzy przyjmują, że w zależności od koncentracji penicyliny i od innych jeszcze okoliczności, działanie jej może być nie tylko bakteriostatyczne, ale i bakteriobójcze. Penicylina w czasie swego działania na wrażliwe mikroorganizmy nie ulega zużyciu, jednak istnieje cały szereg mniej lub więcej opornych bakteryj, jak np. Bac. coli, które mogą rozkładać neutralny względnie zasadowy roztwór penicyliny. Czynią to zapomocą enzymu zwanego penicylazą, który jest niewątpliwie główną, jeżeli nie jedyną przyczyną odporności niewrażliwych na penicylinę bakteryj. Czy w przypadkach naszych, których nie powiodło nam się wyleczyć rzeżączki penicyliną, mamy właśnie do czynienia z tym czynnikiem, czy też z innymi, okażą dalsze nasze obserwacje i badania, gdyż powyższe uważamy jako doniesienie tymczasowe.

PIŚMIENNICTWO

1. E. Chain: Andere antibakterielle Substanzen aus Bakterien und Pilzen. Brit. med. Bull. 2. 1 (1944) l. c. Schweizerische Medizinische Wochenschrift, 74 Jahrg. Nr 23 Juni 1944. — 2. E. Chain und H. W. Florey: Die Entdeckung der chemotherapeutischen Eigenschaften des Penicillins Brit. med. Bull. 2. 1 (1944) l. c. Schweiz. Med. Wochschr. 74 Jahrg. Nr 23. — 3. Diskussion über Penicillin (Brit. med. J. 20 Nov. 1943). l. c. Schweiz. Med. Wochschr. 74 Jahrg. Nr 23. — 4. Dziennik Zdrowia R. I. Nr 2 Kronika. — 5. A. Fleming: Die Entdeckung des Penicillins. Brit. med. Bull. 2. 1 (1944) l. c. Schweiz. Med. Wochschr. 74 Jahrg. Nr 23. — 6. A. Fleming: Selektive Kulturen und bakterielle Inhibition durch Penicillin. l. c. Schweiz. Med. Wochschr. 74 Jahrg. Nr 23. — 7. T. Giza: Chemia w służbie medycyny. Przegląd Lekarski Nr 2, 1945. — 8. C. Hallauer: Saprophytäre Mikroorganismen als Spender antimikrobieller Stoffe. Schweiz. Med. Wochschr. 74 Jahrg. Nr 23. — 9. L. W. Harrison: Venereal Diseases. The Practitioner October 1945 vol. 155. — 10. Wallace E. Herrell: Penicillin and other antibiotic agents. WB Saunders Company 1945 Philadelphie and London. — 11. K. Klecki: Patologia ogólna. T. 1. — 12. John A. Kolmer: Penicillin Therapy. Including Tyrothricin and other antibiotic therapy. — 13. Lawrence P. Garrod: Die Eigenschaften und die therapeutischen Wirkungen des Penicillins. Brit. med. Bull. 2—1 (1944) l. c. Schweiz. Med. Wochschr. 74 Jahrg. Nr 23. — 14. G. Rieben: Klinische Ergebnisse der Penicillintherapie. Schweiz. Med. Wochschr. 74 Jahrg. Nr 23. — 15. A. P. Thompson, John Malius: Recent advances in treatment Medicine. The Practitioner October 1945 vol. 155. — 16. A. Wettstein: Penicillin. Experiment und Klinik — eine Gesamtübersicht. Schweiz. Med. Wochschr. 74 Jahrg. Nr 23. — 17. B. Zabłocki: O nowych środkach bakteriobójczych pochodzenia biologicznego, gramocidinie i penicillinie. Medycyna Społeczna i Kliniczna R. I Nr 1 1945.

Dr med. JERZY LEBIODA Kraków

Spermatogeneza a chemolecznictwo doustne rzeżączki *)

(Z Kliniki Dermatologicznej U. J.; Dyrektor: prof. dr Franciszek Walter)

Wprowadzenie do lecznictwa rzeżączki środków chemioterapeutycznych z grupy sulfamidowej wzbogaciło wybitnie arsenał środków jakimi rozporządzaliśmy w walce z tą chorobą. Jednak obserwacje nad działaniem tych środków wykazały, iż wiele z nich dając dobre wyniki lecznicze powoduje równocześnie wystąpienie poważnych objawów ubocznych. Jednym z najpoważniejszych jest wpływ związków sulfamidowych na spermatogenezę, o czym pierwsi donieśli Gouverneur, Jaubert i Motz (1). Należy tutaj podnieść, iż pierwsze w ogóle spostrzeżenia o wybiorczym działaniu związków chemioterapeutycznych innej grupy, a to barwików akrydynowych na tkankę nasieniotwórczą i plemniki poczynili polscy autorzy Pawlas i Skowron (2). Wykazali oni wybitnie ujemny wpływ tych barwików na nasienie męskie.

*) Praca przedstawiona na XI Zjeździe Pol. Tow. Dermatologicznego w Wilnie 1. 7. 1939 r.

Przy stosowaniu większych dawek stwierdzali oligo- a nawet azospermię, często nawet trwałą. Ostatnio badaniom nad wpływem związków sulfamidowych na spermatogenezę poświęcali uwagę liczni autorzy zwłaszcza francuscy. Również i polscy autorzy Wowkonowicz i Burawski (3) zajmowali się tym zagadnieniem. Naogół starano się przeprowadzić badania porównawcze ilości plemników przed i po leczeniu związkami sulfamidowymi. Barbeillion i Torres-Léon (4) wykazali znaczne zmniejszenie się ilości plemników u 96% mężczyzn, u których rzeżączkę leczono Rodilonem. Również Jaubert i Motz (5) stwierdzili w 60% przypadków wybitnie obniżoną ilość plemników po leczeniu sulfamidem. Pautrier (6) ze swoimi współpracownikami stwierdził zmniejszenie się plemników tylko w przypadkach rzeżączki powikłanej. W naszych obserwacjach nad zachowaniem się nasienia męskiego, a zwłaszcza plemników pod wpływem leczenia związkami sulfamidowymi nie oparliśmy się na metodzie porównawczej ilości plemników przed i po leczeniu, ponieważ już w warunkach fizjologicznych ilość plemników ulega bardzo znacznym wahaniom i jest zależna od wielu czynników.

Badania Lodego (7) wykazały, że u mężczyzny silnego o wadze 70 kg liczącego 29 lat ilość plemników może się wahać od 19.400 do 135.000 w jednym cm^3, rozpiętość więc olbrzymia. U innego mężczyzny 40-letniego wagi 64 kg od 24.280 do 58.400 w jednym cm^3. Notowano też różnicę w ciężarze gatunkowym nasienia. Metoda więc porównawcza ilości plemników przed i po leczeniu wydaje się nam nie tylko niezbyt pewnym, a nawet całkiem wątpliwym sprawdzianem, skoro już w warunkach fizjologicznych zachodzą tak wielkie różnice. Dlatego nasze badania oparliśmy na obserwacji szybkości ruchu plemników, stwierdzeniu ilości martwych plemników i uwzględnieniu zewnętrznych cech nasienia. Za podstawę przyjęliśmy za Lespinasse (8) szybkość ruchu plemnika, którą określa się za pomocą obliczenia czasu potrzebnego do przebycia drogi od środka pola widzenia mikroskopu do jego obwodu i to przy użyciu obiektywu Nr 7, a okularu Nr 4. W podziale tym uwzględniliśmy 4 grupy:

Do I grupy zaliczono te plemniki, które wymienioną drogę przebywały w czasie 7 sekund;

Do II grupy od 7 do 15 sekund;

do III grupy od 15 do 20 sekund;

do IV grupy powyżej 20 sekund.

Ten sposób wydaje się nam lepszym miernikiem w ocenie żywotności i zdolności ruchu plemników. Można bowiem stwierdzić, czy środowisko, w którym znajduje się plemnik wpływa korzystnie na jego siłę i wydajność objawów życiowych czy też nie, a przecież związki sulfamidowe mogą mieć wpływ nie tylko na same plemniki, ale i na inne składowe nasienia od których żywotność plemników zależy.

Kierując się tymi przesłankami zastosowaliśmy omówioną metodę. Obserwacje nasze dotyczyły chorych rzeżączkowych, których leczyliśmy następującymi preparatami sulfamidowymi:

Dagenanem (2 para-amino-benzeno-sulfamidopirydyna) Spiessa;

Albucidem (4 aminobenzolsulfonacetamid) Scheringa;

Elektylem (4 (4 aminobenzolsulfonamido-benzolsulfondimethylamid) Chinoinu.

Badania nasze przeprowadziliśmy na 30 chorych w wieku od 18 do 28 lat. U większości chorych bo u 22 przeprowadzono badania nasienia bezpośrednio po masturbacji, u 5 chorych w 20 minut do 1 godziny, a u 3 chorych post coitum (w 30 minut, godzinę i 4 godziny).

Wyniki nasze przedstawiają się następująco:

Na 19 przypadków rzeżączki leczonej Dagenanem zaliczyliśmy plemniki: w 10-ciu do grupy I, w 2-ch do II, w 3-ch do III i w jednym do IV. Poza tym w dwu przypadkach stwierdziliśmy azospermię w jednym zaś przypadku necrospermię. W obydwu przypadkach azospermii mieliśmy do czynienia z chorymi, z których jeden przeszedł przed 8 laty zapalenie najądrza i przed 2 laty rzeżączkę, a drugi był leczony przez nas z powodu zapalenia najądrza. W przypadku necrospermii chory przebył uprzednio rzeżączkę przed 2 laty. U tych 3-ch chorych powtórne badanie nasienia przeprowadzone w okresie od 2 do 7 tygodni później, dało te same wyniki. Makroskopowo nasienia tych chorych przedstawiały ciecz wodnistą barwy białawej bez zapachu. W przypadku, w którym plemniki zaliczono do grupy IV nasienie pochodziło od chorego, który przebył rzeżączkę przed kilku laty i było dostarczone w 4 godziny po stosunku. W tym przypadku stwierdziliśmy ponad 50% plemników martwych. W 3-ch przypadkach, gdzie plemniki zaliczono do grupy III jeden chory przebył pourazowe zapalenie jądra, drugi był leczony przez nas z powodu rzeżączki przewlekłej trwającej kilka miesięcy, a trzeci z powodu rzeżączki cewki przedniej i tylnej. W tych przypadkach znaleźliśmy od 20 do 50% plemników martwych. W dwu przypadkach zaliczonych do grupy II badanie odbyło się nie bezpośrednio po ejaculacji. W jednym bowiem dostarczono go nam w godzinę, a w drugim w 30 minut, przy czym pochodziło od pacjenta, który był leczony przez nas z powodu rzeżączki przewlekłej, trwającej 4 miesiące. W 10 przypadkach, w których plemniki zaliczono do grupy I ustalono, że 9 chorych przechodziło rzeżączkę po raz pierwszy, a tylko jeden po raz drugi i to za każdym razem rzeżączkę ostrą cewki przedniej. W przypadkach zaliczonych do grupy I nie znajdowano plemników martwych prawie wcale. We wszystkich przypadkach leczonych Dagenanem badanie nasienia wykonano w okresie od 1 do 28 dnia po skończonym leczeniu, przy czym nie stwierdziliśmy na tym materiale, aby na nasienie jak też i na zachowanie się plemników miał wpływ czas jaki upłynął od chwili skończenia leczenia Dagenanem. Na 4 przypadki badane w pierwszych dwu dniach po skończonym leczeniu w 3-ch stwierdziliśmy największą ruchliwość plemników i wszystkie żywe, a w jednym azospermię z licznymi komórkami mosznowymi, limfocytami i nabłonkami. Przypadek ten dotyczy chorego, który przebył zapalenie najądrza. Jest rzeczą niewątpliwą, że na spermatogenezę wielki wpływ wywierają poprzednio przebyte zakażenia rzeżączkowe, zwłaszcza powikłane zapaleniem najądrzy, jak również przebyte sprawy za-

palne jądra na tle urazowym oraz zapalenie najądrzy przebiegające w czasie ostatniej rzeżączki. Natomiast trudno jest dopatrzeć się niekorzystnego wpływu Dagenanu na spermatogenezę.

W przypadkach bowiem zaliczonych do grupy I (p. w.) gdzie chorzy w znacznej większości ulegli po raz pierwszy zakażeniu, nie spostrzegaliśmy żadnych znamion wskazujących na jakiekolwiek szkodliwe wpływy tego środka. Wśród plemników zaliczonych do tej grupy nie spotykaliśmy zupełnie postaci uszkodzonych lub nieprawidłowych. Plemniki mające cechy degeneracyjne jak mniejsze lub większe główki, krótsze witki, witki poskręcane spotykaliśmy w innych grupach zwłaszcza tam gdzie równocześnie znajdowaliśmy większą ilość plemników nieżywych. Dlatego też te zmiany uważamy jako zmiany degeneracyjne poprzedzające obumarcie plemnika. Tak zmienione plemniki znajdowano naprzykład w nasieniach, które dostarczono nam po upływie dłuższego czasu po ejaculacji.

Po leczeniu Albucidem badano nasienie u 7 chorych, w tym u 2 takich, którym prócz Albucidu stosowano Dagenan. Nasienie badano przeważnie w przeciągu 2 pierwszych tygodni po skończonym leczeniu, a w jednym tylko przypadku po upływie 4-ch tygodni. Wyniki badania nasienia tych 7 chorych leczonych z powodu rzeżączki ostrej przedstawiają się następująco:

W 2 przypadkach zaliczyliśmy plemniki do grupy I, w dwu przypadkach do grupy II (w tym jeden chory był leczony Albucidem 10 gr i Dagenanem 18 gr). W dwu przypadkach stwierdziliśmy necrospermię, a to u jednego chorego po 40 gr Albucidu i 15 gr Dagenanu, a u drugiego chorego, lat 23, po 20 gr Albucidu. U ostatniego chorego badanie nasienia było wykonane 12 dnia po skończonym leczeniu. Nasienie przedstawiało ciecz wodnistą, białawą o zapachu bardzo słabym. Po miesiącu wykonano badanie kontrolne i wówczas uzyskane nasienie przedstawiało ciecz gęstą, galaretowatą o silnym zapachu. Badanie mikroskopowe wykazało liczne plemniki przesuwające się bardzo szybko w polu widzenia, tak, że zaliczyliśmy je do grupy I. Wreszcie u ostatniego pacjenta z grupy leczonej Albucidem stwierdziliśmy azospermię po 20 gr preparatu. Sprawa dotyczyła mężczyzny 31-letniego, który w anamnezie nie podawał przebycia rzeżączki. Jest rzeczą znamienną, że u tych chorych (7) wyleczonych Albucidem u 4-ch stwierdziliśmy wielką żywotność i ruchliwość plemników, a u 2-ch necrospermię i u jednego azospermię. Jeśli się zważy, że żaden z chorych nie przechodził poprzednio rzeżączki ani też żadnego powikłania w czasie choroby, to w tych przypadkach trudno jest nie przyjąć szkodliwego wpływu Albucidu na spermatogenezę. Zadziwiający jest jednak ten ostry podział na dwie krańcowe grupy bez faz przejściowych. W jednej bowiem grupie mamy plemniki bardzo żywotne, a w drugiej martwe lub ich brak. Widocznie zależy to od mechanizmu działania tego związku w organiźmie i od miejsca jego działania. W przypadku azospermii niewątpliwie działał on uszkadzająco na samą tkankę nasieniotwórczą, w przypadkach zaś necrospermii raczej na środowisko, w którym żyją plemniki. Można przyjąć z dużym prawdopodobieństwem, że to ujemne działanie Albucidu na środowisko w jakim znajdują się plemniki jest przejściowe, gdyż badanie kontrolne wykonane coprawda tylko w jednym z tych przypadków po upływie miesiąca wykazało jednak nasienie o wyglądzie normalnym i dużej ilości bardzo ruchliwych plemników. Niestety nie udało się nam przeprowadzić badania kontrolnego w drugim takim przypadku.

Po leczeniu Elektylem badaliśmy nasienie u 4-ch chorych. Dwom z nich oprócz Elektylu podawano Dagenan. W 3-ch przypadkach zaliczono plemniki do grupy I, w jednym do grupy II. Należy dodać, że wśród wszystkich badanych przypadków jedynie tylko w tym ostatnim znajdywaliśmy od 3 do 5 plemników w polu widzenia, przy czym plemniki wykazywały bardzo znaczną ruchliwość. Okazało się, że pacjent ostatniej nocy miał kilka stosunków.

Wyniki badania nasienia po leczeniu Elektylem nie wykazują większych rozbieżności, a ponieważ materiał jest niewielki trudno nam jest wysnuć wnioski.

Jak zaznaczyłem na wstępie obserwowaliśmy również zachowanie się zewnętrzne nasienia i stwierdziliśmy, że różnice ilościowe spermy mają mniejsze znaczenie prognostyczne co do wartości nasienia, natomiast konsystencja i zapach bardzo wielką. We wszystkich tych przypadkach, gdzie mieliśmy do czynienia ze spermą gęstą, galaretowatą zawierającą liczne twory podobne do ziarenek saga i o silnym zapachu kasztanów palonych, tam znajdowaliśmy bardzo dużo plemników bardzo ruchliwych i prawie wszystkie żywe. Natomiast w tych przypadkach, gdzie sperma była wodnista, barwy mlecznej lub opalizującej bez zapachu, mieliśmy do czynienia z azospermią, necrospermią lub oligospernią. W badaniach naszych zaobserwowaliśmy także pewną równoległość między ruchliwością plemników i żywotnością a ilością. W przypadkach bowiem zaliczonych do grupy I spotykaliśmy zawsze największą ilość plemników, podczas gdy w grupach dalszych mniejszą.

Przy rozważaniu końcowym naszych wyników wyeliminujmy przypadki rzeżączki powikłanej i rozpatrzmy działanie sulfamidów na spermatogenezę u chorych leczonych z powodu rzeżączki ostrej. Na 10 przypadków leczonych Dagenanem (2 para-amino-benzeno-sulfamido-pirydyna) nie stwierdziliśmy żadnego wpływu ujemnego tego środka na zachowanie się plemników. Natomiast na 7 przypadków rzeżączki ostrej leczonej Albucidem (4 aminobenzolsulfonacetamid) w 2 stwierdziliśmy wystąpienie przejściowej necrospermii i w 1-nym azospermii. Z zestawnienia tych faktów wynika jasno, że 4 aminobenzolsulfonacetamid wpływa szkodliwie na spermatogenezę. Trudno jest w tej chwili orzec czy mamy do czynienia ze szkodliwym działaniem środka chemicznego na bardzo wrażliwe komórki rozrodcze, czy też na środowisko w którym one się znajdują. Być może, że jest to zaburzenie równowagi humoralnej względnie zniszczenie jednego z życianów koniecznych do życia plemnika. Niewątpliwie powiodło nam się wykazać, że jest to stan przejściowy a nie trwały.

Dalsze badania nad innymi preparatami sulfamidowymi być może przyniosą nam nowe szczegóły i pozwolą głębiej jeszcze wglądnąć w to zagadnienie.

PIŚMIENNICTWO

(1) Gouverneur, Jaubert i Motz: Bull. de Soc. d'Urol. 21 3 38. — (2) Pawlas i Skowron: Bull. Intern. de l'Acad. Pol. de Sciences et des Lettres Nr 7 1930 p. 433. — (3) Wowkonowicz i Burawski: Przegląd Dermatologiczny Nr 4. 38.— (4) Barbeillion i Torres Léon: Bull. Soc. Fr. de Derm. et de Syph. 16 6 38. — (5) Jaubert i Motz: Bull. de Soc. d'Urol. 21 3 38. — (6) Pautrier i Woringer, Boy et Langier: Bull. Soc. Fr. de Dermat. et de Syph. 16 6 1938. — (7) Lode A.: Pflügers Arch. f. d. ges. Physiologie. Bd. 50 S. 278. — (8) Lespinasse: Ginekologia Polska Tom III Zeszyt X—XII 1924 l. c.

Dr med. JERZY LEBIODA Kraków

W sprawie zwalczania chorób wenerycznych

Zagadnienie chorób wenerycznych ma charakter wybitnie społeczny, ponieważ choroby te zagrażają nie tylko jednostce, która nieleczona właściwie może niejednokrotnie stać się kaleką wymagającą długoletniego leczenia w zakładzie zamkniętym na koszt państwa, ale przynoszą także wielkie straty społeczeństwu, gdyż zmniejszają wybitnie jego przyrost naturalny, względnie przeniesione na potomstwo wprowadzają do niego jednostki chore, obciążone dziedzicznie — mniej wartościowe.

Zagadnienie to w naszym społeczeństwie tak bardzo zniszczonym wojną i dążeniem okupanta niemieckiego do biologicznego wyniszczenia narodu polskiego — wzrasta do zagadnienia państwowego o kapitalnym znaczeniu. Niewątpliwie zadaniem naszym w tych warunkach jest dążyć do wzrostu populacji, aby wyrównać poniesione straty i zwiększyć wybitnie obniżony przyrost naturalny, musimy jednak dbać nie tylko o przyrost ilościowy, ale przede wszystkim o jakościowy. W związku z tym ostatnim postulatem konieczne jest przeprowadzenie należycie rozganizowanej walki z chorobami wenerycznymi.

W walce z chorobami wenerycznymi nie posiadamy dotychczas polskiej ustawy, którąby jasno i głęboko regulowała to zagadnienie. Nasze przepisy istniejące przed rokiem 1939 miały na celu tylko ograniczenie możliwości rozszerzania się chorób wenerycznych. Przyjmując, że jednym z głównych źródeł chorób wenerycznych jest nierząd stosowano reglamentację prostytutek. Okresowe oględziny prostytutek mają na celu wyszukanie jednostek z objawami chorób wenerycznych (*Lues manifesta*, *Gonorrhoea*, *Ulcus molle*) i te osobniki kieruje się do przymusowego leczenia w szpitalu, natomiast prostytutkom dotkniętym kiłą bezobjawową zezwala się na leczenie ambulatoryjne. Poza tym aby udostępnić leczenie ubogim chorym wenerycznie, Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej przydzielało leki przeciwkiłowe ambulatoriom szpitalnym, poradniom przeciwwenerycznym i lekarzom powiatowym względnie okręgowym do bezpłatnego leczenia.

W okresie okupacji niemieckiej wprowadzono przymus obowiązkowego zgłaszania przez lekarzy każdego przypadku, w którym rozpoznano chorobę weneryczną, ponadto chory winien był podać źródło zakażenia. Lekarz obowiązany był skierować doniesienie do lekarza powiatowego, a w większych miastach jak w Krakowie do specjalnego biura kierowanego przez lekarza inspektora sanitarno-obyczajowego (cały zespól polski). Zadaniem tej instytucji było ustalenie czy osobnik podany jako źródło zakażenia jest istotnie chory, czy też nie. W tym celu biuro dysponowało odpowiednio wyszkolonym personelem pielęgniarskim i urzędniczym. Aparat ten powodował w sposób dyskretny, że osobnik podany jako źródło zakażenia zostawał o tym poinformowany i żądano od niego, aby poddał się badaniu lekarskiemu. Badanie to mógł przeprowadzić u lekarza prywatnego, w ambulatorium szpitalnym, Ubezpiecz. Społ. względnie bezpłatnie w miejskiej poradni przeciwwenerycznej. W razie stwierdzenia choroby u danego osobnika musiał on poddać się leczeniu. Do dalszych zadań biura należało czuwanie, aby chory taki nie zaprzestał leczenia przed całkowitym wyleczeniem. O ile lekarz prowadzący leczenie zawiadomił biuro, iż pacjent przerwał leczenie np. przeciwkiłowe, a biuro stwierdziło, że nie kontynuuje go gdzieindziej, wtedy zmuszano pacjenta do podjęcia dalszego leczenia. W razie oporu lekarz urzędowy miał prawo zastosować sankcje i umieścić chorego w szpitalu, a nawet w areszcie.

Obowiązek zgłaszania każdego przypadku wenerycznego jak też i źródła zakażenia ma niewątpliwie wiele cech dodatnich. Dane statystyczne zebrane w ten sposób są znacznie bliższe prawdy, aniżeli statystyki przedwojenne oparte tylko na ankietach, wzgl. na danych szpitalnych i ambulatoryjnych. Bardzo ważnym jest zgłaszanie źródła zakażenia. Właśnie uchwycenie źródła jest bodaj najważniejszym w akcji zwalczania chorób wenerycznych. Wiemy bowiem, że jeden taki osobnik w razie nieleczenia się, może zakażać dziesiątki i setki osób. Zmuszenie go do leczenia i czuwanie nad ciągłością leczenia zabezpiecza również i otoczenie od możliwości zakażenia.

Przechodząc obecnie do pewnych wniosków, trzeba stwierdzić, że w państwie demokratycznym nie powinno uznawać się reglamentacji prostytutek. Należy uznać za wysoce niemoralne postępowanie zmuszające pewną tylko warstwę obywateli do przymusowego rejestrowania się i pozostawania pod stałym nadzorem policyjnym. Ubliża to bowiem godności ludzkiej tymbardziej, gdy olbrzymia część prostytutek tajnych jak też i chorzy mężczyźni nie podlegają temu upokarzającemu obowiązkowi. Tego rodzaju stan jest wysoce niesprawiedliwy z punktu patrzenia społecznego.

W zwalczaniu chorób wenerycznych utrzymanie nadal obowiązkowego zgłaszania chorób wenerycznych niewątpliwie dałoby dobre wyniki. Obserwacja nasza z ostatniego pięciolecia wykazuje, że w przeciwieństwie do poprzedniej wojny europejskiej — zakażeń chorobami wenerycznymi było znacznie mniej. Dlatego też należy utrzymać bowiązkowe zgłaszanie chorych wenerycznie z tą tylko różnicą, że zgłoszenia te mogą być bezimienne, a lekarz zgłaszający zachowa bliższe dane u siebie. W razie zaś przerwania leczenia winien o tym fakcie zawiadomić

lekarza urzędowego celem spowodowania ukończenia leczenia, wyjawiając dane.

Zgłoszenia chorób wenerycznych są ważne — stanowią one bowiem materiał do danych statystycznych, bez których nie można prowadzić racjonalnej polityki zdrowia. Drugą ważną rzeczą jest zgłaszanie źródeł zakażenia. Tutaj lekarze mają wielkie zadanie przed sobą, aby chorego uświadomić odpowiednio i nakłonić do podania źródła. Bardzo często bowiem chorzy, a także i chore uważają za czyn niedżentelmeński wyjawienie źródła zakażenia i świadomie uchylają się od spełnienia tego obowiązku. Wyszukiwaniem źródeł zakażenia w wypadkach niezbyt ściśle określonych winien zajmować się personel pomocniczy lekarza urzędowego. Podejrzanemu o źródło zakażenia należy pozostawić wolny wybór lekarza u którego chce poddać się badaniu. Winien tylko przedstawić lekarzowi urzędowemu zaświadczenie, że nie stwierdzono u niego choroby wenerycznej wzgl. że pozostaje w leczeniu. Osobnicy, którzy nie posiadają ubezpieczenia chorobowego, bądź też nie są w stanie pokryć kosztów leczenia winni być leczeni bezpłatnie w szpitalach, ambulatoriach, czy też w poradniach na koszt państwa.

W przypadkach, w których zachodzi podejrzenie, że jakiś osobnik jest chory wenerycznie, jakkolwiek nie jest podany jako źródło zakażenia organa władzy administracyjnej (milicja) winne złożyć doniesienie do lekarza urzędowego celem przeprowadzenia badania lekarskiego. Również i nieanonimowe doniesienie każdego obywatela winno powodować badanie podejrzanego o chorobę weneryczną.

W walce z chorobami wenerycznymi czynnik lekarski winien być wysunięty na pierwsze miejsce. Z chwilą zniesienia reglamentacji prostytutek organa policyjne zostałyby wyeliminowane z tego zagadnienia. W zakończeniu należy podnieść, że w zwalczaniu chorób wenerycznych wielkie znaczenie ma akcja społeczno-wychowawcza. Na pierwszy plan należy wysunąć uświadomienie społeczeństwa i pogłębienie wiadomości o chorobach wenerycznych. Wychowanie młodzieży fizyczne, moralne i płciowe ma zasadnicze znaczenie i winno być przeprowadzone przez sport, pogadanki na temat życia płciowego o chorobach wenerycznych i ich znaczeniu społecznym. Również dla wszystkich innych obywateli winny być urządzane odczyty, pogadanki przez radio, wystawy przeciwweneryczne. Najlepszą bronią w walce z chorobami wenerycznymi jest uświadomienie społeczeństwa czym są i czym grożą choroby weneryczne.

SPRAWOZDANIE Z KONFERENCJI WENEROLOGÓW W WARSZAWIE

Wielki wzrost chorób wenerycznych obserwowany w całej Polsce spowodował Ministerstwo Zdrowia do zwołania konferencji wenerologów w dniach 20 i 21 lipca w Warszawie celem wspólnego opracowania planu walki z tymi chorobami. Minister Zdrowia dr Litwin otwierając Zjazd dał wyraz wielkiej trosce o zdrowie narodu i przyszłych pokoleń z powodu szerzącej się epidemii chorób wenerycznych, wierzy jednak, że świat lekarski zmobilizowany do tej walki opanuje grożące niebezpieczeństwo i spełni swe zadania równię chlubnie na tym odcinku, jak spełnił go dotychczas na innych.

Konferencji przewodniczył dr Kacprzak. Udział w niej brali jako referenci prof. Grzybowski z Warszawy, prof. Walter z Krakowa, którego zastępował dr Lebioda, doc. Kapuściński z Krakowa, płk. Ryl-Nardzewski z Lublina, dr Rosner z Poznania, dr Wernic z Warszawy, dr Mierzecki z Warszawy a ponadto prof. Grzegorzewski z Gdańska, dr Dzius, Michałowski i Nitecki z Łodzi oraz liczni wenerolodzy z różnych dzielnic Polski i terenów przyłączonych — z ramienia zaś Ministerstwa dr Telatycki i dr Borkowski Edward.

Celem konferencji było opracowanie wytycznych zwalczania chorób wenerycznych, których olbrzymi wzrost związany jest niewątpliwie z długo trwającą wojną, przemarszem wielkich mas wojska, jak też ruchami ludności ewakuowanej z jednych terenów na drugie, oraz ogólnym pogorszeniem warunków mieszkaniowych i materialnych. Jak wynikało ze sprawozdania poszczególnych kolegów, najgorzej przedstawiają się tereny północne i zachodnie gdzie około 80% kobiet pozostałych na tych terenach dotkniętych jest rzeżączką i około 5% kiłą. W referacie o Organizacji zwalczania chorób wenerycznych prof. Walter podniósł konieczność odpowiedniego przygotowania lekarzy w okresie studiów lekarskich aby byli w stanie samodzielnie rozpoznawać zakażenie weneryczne we wczesnych okresach — podejmować i prowadzić leczenie chorego przez co szybko unieszkodliwić źródło zakażenia, a tym samym ograniczać dalsze szerzenie się choroby wenerycznej. Dla starszych lekarzy zdaniem autora wskazanym jest urządzanie specjalnych kursów w ośrodkach uniwersyteckich, aby zapoznać ich z ostatnimi zdobyczami wiedzy w tej dziedzinie. W akcji zapobiegawczej duże znaczenie należało by przypisać ośrodkom profilaktycznym — jakie istniały już przed wojną w Krakowie i Łodzi. Aby walka z chorobami wenerycznymi była skuteczną — leczenie winno być bezpłatne, łatwo dostępne każdemu. Z tym wiąże się gęsta sieć przychodni, które powinny być pomieszczone w ośrodkach zdrowia, aby dostęp do nich nie był krępujący. Również liczba łóżek szpitalnych winna ulec wzrostowi i powinno organizować się nowe oddziały. Nie należy natomiast tworzyć specjalnych szpitali wenerycznych. Wybitną rolę w zwalczaniu chorób wenerycznych wytycza autor akcji społeczno-wychowawczej i propagandowej, którą winny być objęte szkoły, ośrodki przemysłowe i fabryczne, Domy Ludowe i spółdzielnie. Oprócz broszur, wystaw, należy do tych celów zużytkować także film i radio. Zdecydowane stanowisko zajmuje w sprawie nierządu, uważając, że ujęty nawet w ramy neoreglamentacji winien być zniesiony; dozór policyjny nad prostytutką jest hańbą XX stulecia.

Zagadnienie walki z nierządem szczegółowo przedstawił prof. Grzybowski — nakreślając jego historię, jak też podając różne definicje od starożytności do

czasów ostatnich. Autor zastanawiając się nad zwalczaniem źródła dopływu nowych sił stwierdza, iż niektóre osobniki są predystynowane w kierunku prostytucji. Uwarunkowane to jest skazą biologiczną dającą swój wyraz w psychicznej degeneracji, a często wywodząca się ze środowiska prostytucyjnego. Na doskonale dobranych statystykach prelegent wykazał, że większość zakażeń chorobami wenerycznymi ma swe źródło w tajnej prostytucji. We wnioskach końcowych wypowiada się prelegent za abolicjonizmem.

Dr Lebioda przedstawił projekt ustawy przeciwwenerycznej opracowany przez prawników i lekarzy krakowskich. W walce z chorobami wenerycznymi nie posiadamy dotychczas polskiej ustawy, któraby jasno i głęboko regulowała to zagadnienie.

Nasze przepisy istniejące przed 1939 rokiem miały na celu tylko ograniczenie możliwości rozszerzania się chorób wenerycznych. Projekt obecny ma wypełnić tę lukę. Przewiduje on przymus zgłaszania chorób wenerycznych, bez konieczności podawania personalii dotkniętego chorobą, — konieczność podania źródła zakażenia, przymus leczenia. Leczenie ma być dostępne dla wszystkich i bezpłatne. W szeregu dalszych referatów były omawiane ostatnie zdobycze chemioterapeutyczne i ich zastosowanie w zwalczaniu chorób wenerycznych — Doc. Kapuściński. Dalej omawiano akcję profilaktyczną — Dr Mierzecki.

Poruszano zagadnienie zwalczania chorób wenerycznych w wojsku i współpracy medycyny wojskowej z cywilną. Kol. Rosner nakreślił program kursów przeciwwenerycznych dla lekarzy praktyków. Dr Borkowski Naczelnik Wydziału Zwalczania Chorób Wenerycznych przedstawił dotychczasową akcję Ministerstwa Zdrowia na odcinku zwalczania chorób wenerycznych, jak też nakreślił plan dlaszej akcji. Wydział Zwalczania Chorób Wenerycznych chciał ustalić przede wszystkim faktyczne dane dotyczące chorób wenerycznych i ich rozmieszczenia, ilości lekarzy wenerologów, ilości łóżek szpitalnych — ambulatoriów. Ministerstwo Zdrowia zakreśla plan na krótki i daleki dystans, uważając, że w pierwszym okresie należy przede wszystkim dostarczyć niezbędnych leków i lekarzy — a w następnym etapie rozplanować ośrodki — szpitale tj. oddziały skórno-weneryczne i należytą obsadę tych oddziałów. W dyskusji podnoszouo, że dotychczasowa obsada jest często dziełem przypadku lub koneksji. Obsada stanowisk kierowniczych ludźmi nie mającymi dostatecznych kwalifikacji — na pewno nie podniesie poziomu naszego lecznictwa. Dlatego też wskazanem jest obsadzanie tego rodzaju stanowisk drogą konkursu.

Referaty i dane z dyskusji posłużą niewątpliwie Wydziałowi Zwalczania Chorób Wenerycznych do wydania zarządzeń regulujących sprawę chorób wenerycznych na terenie Państwa.

Na zakończenie trzeba dodać, że organizatorom konferencji należy wyrazić uznanie, że w tak wyjątkowo trudnych warunkach potrafili wyczerpać całkowicie program konferencji, a uczestnikom zapewnić możliwie najlepsze warunki pobytu w naszej biednej, ale żywo tętniącej stolicy. *Dr Jerzy Lebioda*

NASILENIE CHORÓB WENERYCZNYCH W POLSCE*)

Choroby weneryczne w Polsce wzrosły w sposób zastraszający. Złożyło się na to kilka przyczyn: wojna z przemarszami wojsk i związane z tym gwałty, wędrówka ludności miast, wsi, brak lekarzy specjalistów, których zginęło około 60% z ogólnej liczby jaka była w roku 1939, oraz brak leków przeciwwenerycznych wobec zupełnego niemal zburzenia polskiego przemysłu farmaceutycznego.

Nie można podać szczegółowszych danych, jednak należy obliczać, że liczba chorych rzeżączkowych wyniesie w stosunku rocznym przeszło 50.000, a kiły wymagającej leczenia ponad 100.000.

Nasilenie chorób jest różne w zależności od terenu. Największe bo przekraczające 10% wśród kobiet, głównie Niemek pozostałych na terenach wschodnich, a znaczne, bo do 2% wśród kobiet Polek powracających z Niemiec.

Na terenach zachodnio-północnych przyłączonych do Polski w niektórych miejscowościach nasilenie rzeżączki wśród kobiecej ludności niemieckiej dochodzi do 30%, a nawet wyżej, podczas gdy wśród istniejącej już osiadłej i przybywającej na te tereny ludności Polskiej procent ten jest znacznie niższy.

Na terenach Polski w województwach centralnych liczba chorób wenerycznych jest czterokrotnie wyższa niżeli w roku 1939.

Opanowanie zarazy wenerycznej jest trudne ze względu na:

1. Brak odpowiedniej liczby lekarzy specjalistów (wenerologów). Było we wrześniu 1939 r. około 400, pozostało około 150. Województwo rzeszowskie ma tylko... 2 specjalistów.

2. Brak oddziałów szpitalnych dla chorych wenerycznych. Przed wrześniem 1939 r. było łóżek szpitalnych około 3.000, obecnie około 1.200.

Z oddziałów skórno-wenerycznych przy klinikach uniwersyteckich (Warszawa, Wilno, Lwów, Poznań, Kraków) pozostał niezniszczouy tylko jeden w Krakowie. W Warszawie liczącej obecnie około 600.000 mieszkańców mamy 40 łóżek skórno-wenerycznych z tym, że za miesiąc po ukończeniu remontu liczba ta podniesie się do 130 łóżek, inne kliniki mieszczą się w miejskich oddziałach szpitalnych, jakie istniały w tych miastach niezależnie od klinik (Poznań). W całym województwie pomorskim jest tylko 49 łóżek szpitalnych itp.

3. Brak leków. Żyliśmy przez pół roku tylko tym, co pozostało po niemcach. Przemysł farmaceutyczny krajowy nie istniał, to znaczy taki, któryby wyrabiał sulfamidy (sulfopirydyna, sulfothiazol), neosalvarsan, bismut, szczepionkę gonokokową).

4. Brak narzędzi: sterylizatorów, strzykawek, igieł, (dożylnych i domięśniowych), bardzo mało mikroskopów (do niedawna w ambulatorium we

---

*) Według komunikatu Ministerstwa Zdrowia.

Wrzeszczu, gdzie frekwencja dzienna dochodziła do 1000 wizyt nie było żadnego mikroskopu).

I KURS DOKSZTAŁCAJĄCY Z DZIEDZINY CHORÓB WENERYCZNYCH DLA LEKARZY OGÓLNO-PRAKTYKUJĄCYCH

Ministerstwo Zdrowia organizując akcję z gwałtownie i szeroko rozszerzającymi się chorobami wenerycznymi postanowiło, aby w miastach uniwersyteckich odbyły się kursy dokształcające z dziedziny chorób wenerycznych dla lekarzy ogólno-praktykujących, którzy pracują już w istniejących przychodniach przeciwwenerycznych, lub będą pracować w nowozorganizowanych i brać czynny współudział w walce z chorobami wenerycznymi. Ostatnio właśnie w Krakowie odbył się taki kurs przy Klinice Dermatologicznej U. J. między 7 X a 13 X 1945, w którym wzięło udział 13 lekarzy.

SPRAWOZDANIE UCZESTNIKA KURSU DOKSZTAŁCAJĄCEGO DLA LEKARZY PRAKTYKÓW Z ZAKRESU CHORÓB WENERYCZNYCH

urządzonego na zlecenie Ministerstwa Zdrowia przez Klinikę Dermatologiczną U. J. w czasie od 8—13 października 1945 r.

Ogromne nasilenie występowania chorób płciowych po ostatniej wojnie światowej spowodowało, że zagadnienie walki z chorobami płciowymi w społeczeństwie polskim urosło do wielkości naczelnego zagadnienia.

Dobrze się więc stało, że na zlecenie Ministerstwa Zdrowia Urząd Wojewódzki oparty o niezawodną pomoc Kliniki Skórno-wenerycznej U. J. w Krakowie, pozostającej pod dyrekcją zasłużonego od szeregu lat w pracy społecznej w tej dziedzinie prof. dra Franciszka Waltera, urządził kurs dokształcający dla lekarzy-praktyków. Organizacja kursu, pozostająca pod doświadczonym i sprężystym kierownictwem PP. prof. dra Franciszka Waltera, st. asyst. dra J. Lebiody z ramienia Kliniki i dra O. Anselma, Naczelnika Wydziału Zdrowia z Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie, wykazała wysoką sprawność pod każdym względem. Poczynając od niezwykle ciepłego i serdecznego przyjęcia uczestników kursu przez dra O. Anselma i wszystkich wykładowców, a kończąc na drobiazgowym zapewnieniu wszelkich wygód mieszkalnych i wyżywienia.

Wykłady prowadzone przez prof. dra Fr. Waltera, doc. dra M. Obtułowicza, doc. dra Z. Oszasta, doc. dra Kapuścińskiego, doc. dra Mikułowskiego, st. asyst. dra J. Lebiodę, st. asyst. dra K. Lejmana i st. asyst. dra K. Boczara w treściwej formie zapoznały uczestników kursu z etiologią, patologią, diagnozą i terapią klasyczną chorób płciowych jak również z najbardziej nowoczesnymi metodami leczenia tychże chorób (penicylina) i wynikami osiągniętymi na terenie Kliniki Dermatologicznej U. J.

Wykłady teoretyczne, barwne i zajmujące, poparte ćwiczeniami praktycznymi, podczas których każdy z uczestników kursu mógł być osobiście zapoznać się z wszelkimi pracami, jakie mogą mu być pomocne w praktyce na prowincji, harmonizowały ze sobą znakomicie i łatwo stawały się dostępne dla nas praktyków, oderwanych przez mroczne 6 lat okupacji od wiedzy i jej zdobyczy.

Bez wyjątku wszyscy wykładowcy nie szczędząc swego czasu i własnego trudu, dokładali wszelkich starań, aby każdy z nas jak najwięcej korzystał. Mało tego! Zachęceni przez prof. dra Fr. Waltera uczestniczyliśmy w 2-ch zebraniach Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, podczas którego prof. dr Oszacki i przybyły ze Szwecji dr Brück zapoznali nas z wynikami leczenia chorób wenerycznych w krajach zachodniej Europy i Ameryki.

Każdy z nas wielokrotnie miał możność, w czasie kursu, wszelkie trapiące go wątpliwości rozwiać pod wpływem uwag i porad wykładowców.

Streszczając powyższe podkreślić muszę, że mając za sobą 7 lat pracy lekarskiej w terenie, znakomicie uzupełniłem sobie, dzięki wspólnemu wysiłkowi wykładowców i organizatorów kursu, swoje praktyczne doświadczenie w zakresie rozpoznawania i leczenia chorób wenerycznych.

Niezwykle ciężkie warunki pracy na prowincji podczas okupacji i na początku naszej odrodzonej państwowości, zupełne oderwanie od źródeł nauki, wiedzy klinicznej i styczności z naukowcami, nareszcie zostały przerwane. I-szy kurs dokształcający dla lekarzy-praktyków spełnił swoje zadanie.

Nie dość silnie podkreślić musimy ciepły, serdeczny i koleżeński stosunek, jaki przez tych 7 dni łączył nas kursistów z wykładowcami. Należy przyklasnąć podobnym poczynaniom i prosić Szan. Organizatorów i Wykładowców aby nie ustawali i ponownie poprowadzili kursy dla coraz to szerszych kół lekarzy-praktyków. A tych ostanich, o ile to możliwe, chciałbym zachęcić do jak najliczniejszego uczestnictwa w myśl zasady, że im więcej umiemy, tym poziom ogólny naszego społeczeństwa będzie wyższy.

Należy dodać, że uczestnicy kursu otrzrymali zwrot kosztów podróży, utrzymania i noclegi bezpłatne.

Uwagi powyższe zebrałem od wszystkich Kolegów kursu jako wyraz naszej jednolitej opinii pochwalającej to pożyteczne zamierzenie.

Kraków, dnia 13 X 1945. Lek. Adam Karczewski
Skarżysko-Kamienna

PENICYLINA

Otrzymujemy pouczenie wydane przez Departament Medyczny Armii i Marynarki Stanów Zjednoczonych przy współpracy z Komitetem dla Badań Medycznych oraz Urzędem dla Badań i Rozwoju Nauk. Pouczenie nadesłał do Redakcji Dr Domański z Sanoka. *Redakcja*

Penicylina jest potężną przeciwbakteryjną substancją, którą otrzymuje się z płynnej kultury grzybka „*Penicillium notatum*".

Penicylina lecznicza poddana została próbom na zasadzie jednostki oxfordzkiej (Florey). Jednostkę oxfordzką (Florey) określa się jako ilość penicyliny rozpuszczoną w 50 ccm bulionu, która hamuje całkowicie wzrost kultury *staphylococcus aureus*.

Farmakologia. Penicylina staje się szybko nieczynną w obecności kwasu solnego żołądka. Jeśli w ogóle wchłania się drogą rektalną, to minimalnie. Dlatego dla zapewnienia odpowiedniego wchłaniania, należy ją podawać parenteralnie: dożylnie lub domięśniowo. Po zastrzyku dożylnym lub domięśniowym penicylina wydziela się szybko przez nerki i w niewielkiej tylko ilości dostaje się do płynu mózgowo-rdzeniowego i jam surowiczych ciała.

Toksyczność. W klinicznym stosowaniu penicyliny nie stwierdzano żadnych poważniejszych toksycznych odczynów. Dawki kliniczne nie powodują nigdy uszkodzenia narządów krwiotwórczych ani wątroby lub nerek. W niewielu przypadkach stwierdzono odczyn gorączkowy, Materiał obecnie wytwarzany poddaje się starannemu badaniu, przyczym oddanie go do użytku uzależnia się od tego czy wolny jest od ciał pyrogenicznych.

Z innych odczynów obserwowano pokrzywkę, *thrombophlebitis* (przy dożylnym podawaniu), przemijający piekący ból w miejscu zastrzyku domięśniowego, bóle głowy, osłabienie i mdłości, zaczerwienienie, niesmak, uczucie szczypania w jądrach, kurcze mięśni i eozynofilię. Niejedno z tych zaburzeń można przypisać zanieczyszczeniom i można mieć nadzieję, że staną się one rzadsze z chwilą ulepszenia techniki produkcyjnej.

Przechowywanie. Penicylina traci szybko swe działanie w wysokich temperaturach i może ulec powolnemu zepsuciu nawet w temperaturze pokojowej. Należy ją przechowywać w ciepłocie niżej 10° C (50° F), albo według wskazówek podanych na etykiecie. Zasadniczo temperatury poniżej zamarzania sprzyjają utrzymywaniu oryginalnej mocy penicyliny. Podawanie preparatu po dacie ważności nie powoduje niepożądanych skutków, gdyż jedyną zmianą, jakiej preparat ulega jest zmniejszenie mocy działania.

Przyrządzanie roztworów. Penicylinę, ciało bardzo łatwo rozpuszczalne, można rozpuszczać w wyjałowionej wodzie destylowanej, w jałowym fizjologicznym roztworze soli kuchennej albo w 5%-wym roztworze dekstrozy. Należy pamiętać, że po rozpuszczeniu należy roztwór trzymać poniżej punktu zamarzania i że nawet wówczas moc jego spada tak, że raczej nie należy używać roztworów starszych niż 24-godzinne. Nie należy w ogóle używać roztworów starszych, niż 48-godzinne.

Leczenie penicyliną. Roztwory, dawkowanie, drogi stosowania.

A. Domięśniowe: roztwór należy przyrządzać w izotonicznym roztworze fizj. soli kuchennej lub w destylowanej wodzie tak, aby 1 ccm zawierał 5,000 do 10,000 jednostek

penicyliny. Skala dawkowania jest od 10,000 do 30,000 jedn. oxf. (dawka przeciętna 15,000 jedn. oxfordzkich w 3 ccm) co trzy godziny w ciągu dnia i nocy. Nieodzownym warunkiem jest wstrzykiwanie punktualne w oznaczonych godzinach. Metodę A i B można stosować równocześnie w daleko większych dawkach w przypadkach groźnych.

B. Metoda dożylna: Dożylnie podaje się penicylinę w sposób ciągły w ilościach 30 do 40 kropli na minutę. Jeden litr izotonicznego roztworu soli kuch. winien zawierać 20,000 do 80,000 jedn. oxf. penicyliny. Większych stężeń można użyć w przypadkach nagłych i groźnych. Przeciętna dzienna dawka winna wynosić 60,000 do 240,000 jedn. w 3 litrach roztworu. Ilość tę można uzupełnić podawaniem domięśniowym, jeśli to okazuje się potrzebne.

C. Metoda podskórna. Penicylinę w stężeniu 1,000 jedn. oxf. na 1 ccm izoton. roztworu soli wstrzykuje się podskórnie co 12 godzin. Maksymalna dawka wynosi 10 (dziesięć) ccm albo 10,000 jedn. co 12 godzin. Tą drogą podaje się penicylinę współcześnie z wstrzykiwaniami dożylnymi lub domięśniowymi.

D. Metoda topikalna. 250 jedn. penicyliny w 1 ccm izot. roztworu soli stosuje się pod postacią kompresów. Małe rurki Dakinowskie przymocowuje się w kompresach i następne porcje penicyliny podaje się przez te rurki co 8 godzin. Koniecznym jest, aby penicylina przeciekała do miejsca uszkodzenia w ciągu najmniej 6-ciu do 8-miu godzin. Penicyliny nie można skutecznie stosować do irygacji.

E. Zastrzyki miejscowe. Penicylinę w stężeniu 5,000 jedn. na 1 ccm wstrzykuje się do jam empyema, jam stawowych i jam ropnych abscesów w różnych dawkach od 20,000 do 40,000 jednostek oxf., zależnie od rozmiarów jamy. Do abscesów mózgu należy penicylinę rozpuścić w stężeniu 1,000 jedn. na 1 ccm.

O dodatkowe informacje o penicylinie należy zwracać się do Wojennego Departamentu Biuletynów Technicznych (BU-Med News Letters lub innych urzędowych publikacji).

(Pharmaceutical Division-Commercial Solvents Corporation Terre Haute, Ind. U. S. A.).

Z IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

ODEZWA

Naczelna Izba Lekarska w Warszawie apeluje do Kolegów, aby za pośrednictwem Izb Lekarskich ewent. przez lekarzy powiatowych składali w Naczelnej Izbie Lekarskiej dary w książkach lekarskich.

Wszyscy lekarze warszawscy stracili swe biblioteki, a ten sam los spotkał księgozbiory Uniwersyteckie i Towarzystwa Lekarskiego.

Zamieszkali na prowincji Koledzy posiadają napewno nieużywane roczniki wydawnictw lekarskich, książek, kalendarzy itp., które byłyby z wdzięcznością czytane przez pozbawionych książek lekarzy.

KOMUNIKAT

Izba Lekarska w Krakowie przypomina Kolegom przepisy o ogłaszaniu się lekarzy ogłoszone w Nr 7 Dziennika Urzędowego Izb Lekarskich z 1938 r.:

§ 1. Ogłoszenia lekarzy w dziennikach nie mogą mieć cechy reklamy i winny odpowiadać przepisom o ogłaszaniu się lekarzy.

§ 2. Ogłoszenie lekarza w dziennikach może zawierac tylko imię i nazwisko, stopień naukowy (doktór, docent, profesor) stanowisko szpitalne (dyrektor, kierownik, prymariusz, ordynator, asystent, sekundariusz z podaniem właściwego szpitala), specjalność w najogólniejszym określeniu (por. § 12), adres lokalu ordynacyjnego, godziny przyjęć, numer telefonu oraz wyrazy „osiedlił się“, „powrócił“, „przeprowadził się“, „wyjechał“, „wznowił przyjęcia chorych“ itp. Nowowpisujący się do Izby lekarz musi przedłożyć Izbie Lelarskiej projekt ogłaszania się, tytuł na receptach i tabliczce, która ma być umieszczona zewnątrz domu.

W miejscowościach pozbawionych miejscowej prasy lekarz ogłasza rozpoczęcie praktyki w sposób zatwierdzony przez Izbę.

§ 3. Ogłoszenia w dziennikach o osiedleniu się, rozpoczęciu praktyki, zawiadomienie o zmianie mieszkania, wyjeździe, powrocie lub wznowieniu przyjęć (po conajmniej 2-tygodniowej nieobecności lub chorobie) mogą być umieszczane w dziennikach miejscowych w rubryce „Nadesłane“ 6 razy w okresie najbliższych dwóch tygodni.

W wyjątkowych wypadkach wykonywania praktyki w miejscowości, w której lekarz jest narażony na nielekarską konkurencję Zarząd Izby Lekarskiej może udzielić zezwolenia na pewne odchylenia zarówno co do treści pierwszego ogłoszenia przeznaczonego do dzienników miejscowych, jak i co do częstości ogłoszeń, o ile lekarz ten wniesie umotywowane podanie o takie zezwolenie.

§ 4. Ogłoszenia w zawodowych pismach lekarskich są dopuszczalne bez żadnego ograniczenia.

§ 5. Pomieszczanie nazwisk lekarzy dla celów reklamy w ogłoszeniach i drukach farmaceutycznych o środkach lekarskich, w kalendarzach, książkach telefonicznych w dziale ogłoszeń, przewodnikach turystycznych, wydawnictwach firm itp. jest niedopuszczalne.

§ 6. Ogłaszanie w prasie podziękowań z wiedzą lekarza, albo ogłaszanie listów dziękczynnych pacjentów do lekarzy jest bezwzględnie wzbronione.

§ 7. Ogłoszenie o lecznicach, domach zdrowia itp. podlegają przepisom ogólnym o przedsiębiorstwach przemysłowych z zastrzeżeniem, że w ogłoszeniach tych nie mogą być wymienione nazwiska lekarzy lecznicy, o ile nie są wyłącznymi właścicielami lecznicy.

§ 8. Używanie tytułów mogących w jakikolwiek sposób wprowadzić w błąd publiczność oraz używanie tytułów uzyskanych zagranicą jest bezwzględnie wzbronione i to tak w ogłoszeniach wszelkiego rodzaju jak i na blankietach receptowych oraz na tabliczkach orientacyjnych.

§ 9. Profesorowie, docenci i asystenci uniwersytetów polskich mogą używać swego tytułu na tablicy i na receptach bez żadnego dodatku tylko wówczas, jeżeli są profesorami wzgl. docentami lub asystentami tej właśnie specjalności, w której wykonują praktykę lekarską. W przeciwnym razie mogą używać tytułu profesora, docenta, asystenta jedynie z podaniem wykładanego przedmiotu.

Lekarze piastujący stanowiska szpitalne lub kliniczne mogą używać tytułów podanych w § 2 z po-

daniem szpitala, ci zaś, którzy zaprzestali je piastować z dodatkiem „były".

§ 10. Nie wolno używać tytułów ogólnikowych, mających na celu tylko reklamę jak np. „były lekarz klinik lub szpitali zagranicznych" lub „były lekarz szpitala X".

§ 11. W ogłoszeniach tak w dziennikach jak i na wywieszkach oraz na blankietach receptowych nie wolno szczegółowo wymieniać form chorobowych.

Należy jedynie poprzestać na najogólniejszym określeniu specjalności w sposób w klinikach używany (np. choroby wewnętrzne, kobiece, nosa, gardła, nerwowe, umysłowe, analizy lekarskie, kosmetyka lekarska).

Nie wolno w ogłoszeniach i na wywieszkach wymieniać lub wyliczać posiadanych aparatów.

Lekarze posiadający, odpowiednie aparaty i odpowiednie wyszkolenie mogą używać napisu „lecznictwo fizykalne".

§ 12. Używanie tytułu „specjalisty" pewnego działu lekarskiego jest dopuszczalne tylko po uzyskaniu zezwolenia Zarządu Izby Lekarskiej na umotywowane podanie z załączeniem dowodów odbytych przynajmniej 3-letnich (działy operacyjne) studiów w zakresie danej specjalności.

§ 13. Od ulicy przy wejściu do domu, w którym lekarz przyjmuje chorych, można umieścić tabliczkę o wymiarach 30—40 cm, z wymienieniem imienia, nazwiska, tytułu, specjalności i godzin przyjęć. Podobną tabliczkę wolno umieścić także i wewnątrz domu, mieszczącego lokal ordynacyjny. Natomiast umieszczanie tego rodzaju tablic z jakimikolwiek ogłoszeniami poza obrębem domu, w aptekach, miejscach i lokalach publicznych oraz na słupach jest bezwzględnie wzbronione.

Izba Lekarska zwróci się do Miejskiego Urzędu Zdrowia z prośbą o zdjęcie szyldów, które nie odpowiadają przepisom, a zwłaszcza szyldów zawiadamiających o leczeniu żylaków, o tym że właściciel szyldu jest specjalistą od hormonów itp.

Ponieważ zdjęcie szyldu przez władze administracyjną zawsze jest połączone z nieprzyjemnymi dla lekarza komentarzami otoczenia, Izba Lekarska wzywa Kolegów, których szyldy nie odpowiadają przepisom, o zmianę tych szyldów.

L. dz. 1513/45 Kraków, dnia 13 XI 1945 r.

Do Izby Lekarskiej wpłynęło pismo z podpisem „Wszyscy Koledzy z miasta T... i okolic" w sprawie lekarzy i ich rodzin którzy w czasie okupacji zgłosili swą przynależność do narodu niemieckiego.

Ponieważ pod tym pismem nie ma ani jednego podpisu, Izba Lekarska uważa to pismo za anonim i z tego powodu nie rozpatrzy go.

Sekretarz
Dr M. Ciećkiewicz

ZE ZWIĄZKU ZAWODOWEGO LEKARZY R. P.

SPRAWOZDANIE SEKCJI SAMOPOMOCY LEKARZY Z DN. 12 LISTOPADA 1945 R.

Sekcja Samopomocy lekarskiej, utworzona przez Związek Zawodowy Lekarzy R. P. ma w tej chwili w ewidencji ponad 100 osób dorosłych i około 16 dzieci nieletnich. Z tego poza Krakowem znajduje się 24 osoby, reszta jest na terenie Krakowa. W tej liczbie mamy w tej chwili 4 lekarzy niezdolnych do pracy wraz z żonami (8 osób), 2 lekarki niezdolne do pracy, z których jedna ma starą chorą matkę, 8 lekarzy repatriantów (+ 3 żony), 38 wdów, 18 żon mężów nieobecnych od czasu okupacji niemieckiej, 2 matki lekarzy nieobecnych.

W niektórych przypadkach nie dało się jeszcze nawiązać osobistego kontaktu, gdyż albo adresy podopiecznych były mylnie podane, albo podopieczne nie zgłaszają się pomimo wezwania.

Miejscem pracy głowy rodziny była w 14 przypadkach Izba Warszawska, w 3 Wileńska, w 3 Izba Katowicka, w 11 Lwowska, w 1 Lubelska, w 1 Łódzka, w 1 Poznańska, w pozostałych Krakowska. Wskutek napływu repatriantów — liczby te rosną.

Szereg wdów już w latach przedwojennych pobierał po śmierci męża premię ubezpieczeniową, obecnie jednak potrzebują one dalej pomocy.

Spośród wdów względnie żon lekarzy najfatalniejszym jest położenie tych, które musiały się przesiedlić.

Dzieci są przeważnie małoletnie. Dorosłych, jakkolwiek w niektórych przypadkach obciążają one swoje matki i tym samym zmuszają je do szukania pracy — nie bierzemy pod rozwagę.

Praca Sekcji Samopomocy polegała na:

a) pieniężnej pomocy doraźnej. Najwyższa kwota wynosi tu 1000 zł, najniższa 300. O wysokości kwoty decydują wspólnie Panie Opiekunki.

b) Na staraniach o umieszczenie podopiecznych w schroniskach, gdzie zachodzi tego potrzeba. Schroniska nie są popularne i dlatego Zarząd Związku planuje kreowanie schroniska własnego.

c) W jednym przypadku Sekcja uzyskała z Ministerstwa Zdrowia uznanie zasług zmarłego męża podopiecznej, której z tego tytułu wyasygnowano 2000 złotych.

d) W szeregu przypadków Sekcja poszukuje odpowiedniego zajęcia dla podopiecznych.

e) Sekcja stara się o leki. Tu przychodzi z pomocą Ubezpieczalnia Społeczna, po za tym został nawiązany kontakt z Polskim Czerwonym Krzyżem do Zarządu którego wniesiono pismo z prośbą o współpracę.

f) Wreszcie Sekcja czyni starania o zyskanie odzieży dla podopiecznych z darów UNRRA. Wobec bardzo biurokratycznego postawienia sprawy — jest to robota ciężka, a wobec jakości darów — mało wdzięczna.

Bez mała wszyscy podopieczni ubiegają się o zapomogi pieniężne i o odzież.

Sześć osób ubiegało się o przyjęcie do schronisk, w których przebywa obecnie z grona podopiecznych już osiem osób.

Liczni pragną szyb i węgla.

Ponad 12 osób kładzie nacisk na zdobycie pracy.

Zapotrzebowanie lekarstw jest znaczne, okularów trzeba było w 2 wypadkach.

Naogół położenie podopiecznych jest niemal katastrofalne. Zbliżająca się zima, brak węgla i odpowiedniej odzieży pogorszy je znacznie.

W sprawie podopiecznych z prowincji Związek Lekarzy R. P. wystosował pisma do wszystkich Obwodów. Dotąd nadeszła odpowiedź z Brzeska, gdzie Obwód utrzymuje jedną wdowę.

Izba Katowicka wypłaca jednej z podopiecznych 500 zł miesięcznie.

Kraków dnia 3XI 1945 r.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE

Wrocław. Obszar Dolno-śląski obejmuje 28 obwodów administracyjnych, odpowiadających mniejwięcej powiatom, z 74 miastami i miasteczkami. W samym Wrocławiu pracuje obecnie około 70 lekarzy. Ogólna liczba lekarzy na obszarze Dolno-śląskim nie jest dokładnie znana, w niedługiej przyszłości na obszarze Dolno-śląskim przekroczy prawdopodobnie liczbę 400-tu.

Okręgowa Izba Lekarska Dolno-śląska miała początkowo mieć siedzibę w Lignicy, jako mieście wojewódzkim. Ze względu jednak na bliskie otwarcie Uniwersytetu Wrocławskiego i spodziewane w ciągu listopada przeniesieuie Urzędu Wojewódzkiego do Wrocławia właściwszą siedzibą dla Dolnośl. Izby Lek. byłby Wrocław. Celem ukonstytuowania Tymczasowego Zarządu odbyło się dnia 23. X. 45 zebranie lekarzy wrocławskich, na którym wybrano na prezesa dra Knappe'go, sekretarza dra Gierszewskiego, skarbnika dra Bojkę, na Członków Zarządu dra Szpilczyńskiego, dra Adamka i dra Trojanowskiego.

Tymczasowy Zarząd ma wszcząć kroki w sprawie ostatecznego utworzenia Okręgowej Izby Lekarskiej obszaru Dolnośląskiego i załatwić bieżące sprawy podpadające pod kompetencję Izb Obwodowych.

Wrocław. Uniwersytet Wrocławski otworzył wpisy na wszystkich wydziałach w czasie od 5—12 listopada br.

Kandydaci na Wydział Lekarski składają egzamin konkursowy 13 i 14 listopada br. Na razie czynne będą pierwsze 3 lata medycyny. Na pierwszy rok spodziewane jest przyjęcie około 200 słuchaczy. Ogółem przyjętych na Uniwersytet będzie 1500—2000 słuchaczy.

Bratnia Pomoc słuchaczy Uniwersytetu Wrocławskiego liczyła przed rozpoczęciem wpisu około 500 zarejestrowanych. Przewidziane są Domy Akademickie, które pomieszczą wszystkich słuchaczy Uniwersytetu. Ministerstwo Zdrowia ofiarowało 70—100 stypendiów po 1000 zł miesięcznie. Wniosek o przyznanie stypendium będzie opiniowany także przez Bratnią Pomoc słuchaczy. Na terenie Uniwersytetu zorganizowana jest uzbrojona Straż Akademicka, która dobrze się zasłużyła przy ratowaniu stosunkowo bogatych zbiorów uniwersyteckich przed elementem zbrodniczym, w pierwszym okresie prac organizacyjnych.

Uniwersytet we Wrocławiu założony został w r. 1501. Tradycyjna nazwa uniwersytetu ,,Universitas Vidriana Wratislawiensis'' czyli Wszechnica Nadodrzańska we Wrocławiu została kilkadziesiąt lat temu zmieniona na ,,Schlesische Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau''. W herbie miasta Wrocławia dotąd istnieje litera ,,W'', pochodząca od starej nazwy miasta ,,Wratislaw''. Cesarz Leopold I (ten sam, któremu na odsiecz stolicy spieszył nasz Jan III) ofiarował literę ,,W'' w złocie wykutą uniwersytetowi.

Otwarcie wpisów na Uniwersytecie Wrocławskim jest wydarzeniem o historycznym znaczeniu.

W Kurierze Codziennym z dnia 24. 7 45 wychodzącym w Warszawie ukazał się artykuł „Walczymy o dobro przyszłych pokoleń", w którym autor (Kr) omawia referat prof. Waltera na konferencji lekarzy wenerologów zwołanej przez Ministerstwo Zdrowia i podnosi odważne postawienie zagadnień wenerologii przez profesora Waltera, które jest konieczne, gdyż ma na celu przeciwdziałanie zagrażającemu zwyrodnieniu przyszłych pokoleń narodu.

Do Izby lekarskiej w Krakowie wpłynęło z Obwodu częstochowskiego Związku Lekarzy R. P. następujące zażalenie:

Znak: Org. 21/45 Do Izby Lekarskiej w Krakowie Krupnicza 11 a

Częstochowa dnia 24 września 1945 r.

Pismem z dnia 7 sierpnia b. r. zawiadomił nas Związek Pracowników Służby Zdrowia Sekcja Lekarzy w Łodzi o mającym się odbyć w dniu 30 września b. r. Zjeździe ogólnopolskim lekarzy, członków Zawodowych Związków Lekarzy.

Na pismo to Zarząd tut. Obwodu Związku Lekarzy R. P. odpowiedział, że weźmie udział w Zjeździe, zastrzegając się równocześnie, że stanowisko tut. Obwodu jest odmienne, co do rozszezronego Związku wedle wzoru Łódzkiego, że mianowicie stoimy na stanowisku, iż lekarze winni się zorganizować jedynie w ramach ściśle lekarskich z ewentualną kooptacją zawodów mających bezpośredni kontakt z medycyną. Mieliśmy na myśli lekarzy dentystów i ew. dyplomowane pielęgniarki z wykształceniem uniwersyteckich szkół pielęgniarek. Uważaliśmy, że sprawę tę należy odłożyć do przedyskutowania na Zjeździe w tym celu zwołanym.

Stanowisko to przedstawiliśmy Izbie Lekarskiej w Krakowie pismem z dnia 30 sierpnia b. r. Znak: Org. 15/45 celem akceptowania.

Pismem z dnia 17 b. m. zawiadomił nas Związek Łódzki, że proponowany Zjazd nie odbędzie się, a to z powodu odnowy zezwolenia na Zjazd przez Centralną Komisję Związków Zawodowych w Warszawie.

Decyzję Centralnej Komisji Związków Zawodowych uważamy za naruszenie swobody zrzeszania się i pozbawienie stanu lekarskiego możności organizacyjnej pracy oraz stawianie lekarzy przed konsekwencją niemożności korzystania ze zdobyczy, jakie są przewidziane w państwie demokratycznym dla ludzi pracy.

Przeciw tej decyzji CKZZ w Warszawie Związek tut. zakłada na ręce Izby Lekarskiej w Krakowie protest.

Wobec ważności definitywnego zorganizowania się i ujęcia stanu lekarskiego w ramy organizacji obowiązującej na całym terenie Polski, Zarząd Obwodu Częstochowskiego Związku R.P. pozwala sobie prosić Izbę Lekarską o zorganizowanie Ogólnopolskiego Zjazdu Lekarzy w Krakowie, celem definitywnego i jednolitego przeprowazenia zrzeszenia lekarzy na terenie Rzeczypospolitej.

Mamy nadzieję, że apel nasz podyktowany troską o los Związku, znajdzie całkowite zrozumienie w Izbie Lekarskiej.

Sekretarz — Wiceprezes
Dr Wl. Jaroń — *Dr P. Szaniawski*

Nie przesądzając jakie w tej sprawie zajmie ostateczne stanowisko Izba Lekarska i Zw. L., Redakcja odsyła czytelników do notatki w Nr 2 „Przeglądu Lekarskiego" pt. Świat lekarski na rozdrożu (str. 19). Rzecz zupełnie niezrozumiała. Lekarzom przeszkadza się w zjeździe, na którym pragnęliby się naradzać nad niesłychanie ważnymi dla organizacji zdrowia publicznego sprawami... Lekarze zgrupowani w swoich zawodowych, a więc fachowych związkach, będą wykonawcami uspołecznionej służby zdrowia, którą wykonywać będą pod również fachowym nadzorem Ministerstwa Zdrowia. Nad zagad-

nieniami z tą służbą związanymi, zagadnieniami fachowymi i organizacyjnymi muszą się naradzać i to nie na jednym zjeździe, ale na całym ich szeregu. Ktokolwiekby się temu sprzeciwiał, przeciwdziałałby niesłychanie ważnej i pilnej pracy państwowotwórczej.

Ponieważ Redakcja wyklucza możliwość takiego przeciwdziałania z jakiejkolwiek strony, a tymbardziej ze strony C. K. Z. Z. wykazującej tyle społecznego dynamizmu, uważa sprawę za wynik jakiegoś przykrego nieporozumienia, które zapewne wkrótce się wyjaśni.

Redakcja

KONKURS

Starosta powiatowy miechowski Nr S. I. 5 21/45
Miechów, dnia 12 listopada 1945 roku.

Wydział Powiatowy w Miechowie na mocy przepisów Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr 28, poz. 382) o zakładach leczniczych oraz na podstawie zarządzenia Wojewódzkiego Urzędu Krakowskiego z dnia 19 października 1945 r. L. Ł. I-4 b /54/45 ogłasza konkurs na stanowisko dyrektora Szpitala Powiatowego Związku Samorządowego pod wezwaniem św. Anny w Miechowie.

Kandydaci ubiegający się o nadanie tego stanowiska winni dołączyć do podania następujące załączniki:

1) Poświadczenie obywatelstwa polskiego (wierzytelny odpis),
2) Dyplom lekarski uznany przez Państwo Polskie,
3) Prawo wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskim,
4) Dowody specjalnych kwalifikacji, ze szczególnym uwzględnieniem gruntownej znajomości chirurgii i ginekologii operacyjnej, leczenia fizykalnego, oraz znajomości rentgenologii,
5) Dowody beznagannej przeszłości,
6) Życiorys własnoręcznie napisany.

Do stanowiska tego przywiązane są pobory grupy VI-tej.

Podanie należy wnosić do Wydziału Powiatowego w Miechowie (Starostwa Powiatowego, Referat Samorządowy) w nieprzekraczalnym terminie do dnia 31 grudnia 1945 roku.

Przewodniczący Wydziału Powiatowego
Starosta Powiatowy
Smulski Julian

OGŁASZANIE POLSKICH PRAC NAUKOWYCH LEKARSKICH W CZASOPISM. FRANCUSKICH.

Istnieje możliwość ogłaszania polskich prac naukowych lekarskich w czasopismach francuskich za pośrednictwem Twa Polsko-Francuskiego i Ministerstwa Spraw Zagranicznych. Prace, wyłącznie oryginalne, w języku francuskim i możliwie małej objętości należy przesyłać pod adresem: Doc. dr med. Andrzej Biernacki, Warszawa, ulica Koszykowa 35 m. 18.

W wyjątkowych przypadkach można przesyłać prace w języku polskim, angielskim lub niemieckim; ograniczona liczba takich prac będzie mogła być przetłumaczona w Paryżu na język francuski.

B. minister Hoare w Polsce. Jak donosi PAP. przybył do Warszawy Sir Adair Hoare. b. minister angielski z małżonka, znani jako przyjaciele Polski, którzy przez 5 lat wojny opiekowali się rannymi lotnikami, żołnierzami i marynarzami polskimi. Do Polski zaproszeni zostali przez Ministra Pracy i O.S. Stańczyka. Celem ich podróży jest zapoznanie się z potrzebami ludności polskiej i ofiarowanie Polsce 100 ton leków, żywności i odzieży oraz 2 kompletnie urządzonych szpitali.

Wydział Powiatowy w Rzeszowie L. dz.: 1039/45.
Rzeszów, dnia 21. listopada 1945

Wydział Powiatowy w Rzeszowie ogłasza

KONKURS

na stanowisko Dyrektora-chirurga Szpitala powszechnego w Rzeszowie za wynagrodzeniem według VI. grupy płac urzędników samorządowych wraz z dodatkiem funkcyjnym w kwocie 1000 zł miesięcznie.

Ubiegający się o posadę kandydaci przedłożą Wydziałowi powiatowemu w Rzeszowie podanie **w terminie do 28. grudnia 1945 r.** dołączając:

1. Metrykę urodzenia.
2 Dowód obywatelstwa polskiego.
3 Dyplom ukończenia Wydziału lekarskiego na jednym z Uniwersytetów Pelski.
4. Dowód conajmniej trzyletniej praktyki na Oddziale chirurgii Kliniki uniwersyteckiej, lub pięcioletniej praktyki szpitalnej.
5. Własnoręcznie napisany życiorys.

Przewodniczący Wydziału pow.:
(Mgr. Tadeusz Kulas)
Starosta

NA WZNOWIENIE „PRZEGLĄDU LEKARSKIEGO" ZŁOŻYLI:

zł 500
Dr Stoch Stanisław z Sosnowca

zł 100
Dr Pasierbiński Konrad z Zawiercia — Prof. dr Bujak Władysław z Krakowa